UNIVERSITÉ D'AIX-MARSEILLE — FACULTÉ DE DROIT

ÉTUDE

DE

LA LÉGISLATION SERBO-CROATE-SLOVÈNE

EN MATIÈRE D'ASSURANCE OUVRIÈRE

CONTRE

LA MALADIE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

THÈSE POUR LE DOCTORAT

présentée et soutenue le samedi 15 juillet 1922, à 10 heures 30

PAR

Voïslav Ph. PAVLOVITCH

Président : M. RAYNAUD, professeur

Suffragants : MM. SAUVAIRE-JOURDAN, professeur
DUMAS, professeur

J. BRUN, Successeur de P. JOURDAN
Imprimeur de l'Académie des Sciences, Agriculture, Arts et Belles-Lettres
12, rue Emeric-David, 12
AIX-EN-PROVENCE

1922

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

UNIVERSITÉ D'AIX-MARSEILLE — FACULTÉ DE DROIT

ÉTUDE

DE

LA LÉGISLATION SERBO-CROATE-SLOVÈNE

EN MATIÈRE D'ASSURANCE OUVRIÈRE

CONTRE

LA MALADIE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

THÈSE POUR LE DOCTORAT

présentée et soutenue le samedi 15 juillet 1922, à 10 heures 30

PAR

Voïslav Ph. PAVLOVITCH

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Président : M. RAYNAUD, professeur

Suffragants : MM. SAUVAIRE-JOURDAN, professeur
DUMAS, professeur

J. BRUN, Successeur de P. JOURDAN
Imprimeur de l'Académie des Sciences, Agriculture, Arts et Belles-Lettres
12, rue Emeric-David, 12
AIX-EN-PROVENCE

1922

Professeurs et Chargés de Cours

MM. MOREAU, O. I. ✪ *Doyen*, professeur de Droit administratif.
JOURDAN, ✲ O. I. ✪, professeur de Droit civil.
VERMOND, O. I. ✪, professeur de Droit romain.
BONNECARRÈRE, O. I. ✪, professeur de Droit commercial.
RAYNAUD, O. I. ✪, professeur d'Economie politique.
DUMAS, O. I. ✪, professeur d'Histoire générale du Droit français.
SAUVAIRE-JOURDAN, O. I. ✪, professeur d'Economie politique.
BRY, O. I. ✪, professeur de Droit romain.
SÉGUR, O. ✪, professeur de Droit internat. public.
LABORDE-LACOSTE, professeur de Droit criminel.
COSTES, chargé de cours.
CRÉMIEU, chargé de cours.
CAVARÉ, chargé de cours.

Professeurs honoraires

MM. AUDINET, ✲, O. I. ✪, professeur à la Faculté de Droit de Poitiers.
RIPERT, ✲, O. I. ✪, professeur à la Faculté de Droit de Paris.

M. A. TERLIER, O. I. ✪, *secrétaire*.

Étude de la Législation serbo-croate-slovène

EN MATIÈRE D'ASSURANCE OUVRIÈRE CONTRE LA MALADIE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

INTRODUCTION

Au lendemain de la Grande Guerre qui vient de se terminer, l'Etat des Serbes, Croates et Slovènes, issu de cette guerre, se trouve comme tant d'autres Etats, devant ce grave problème à resoudre : Comment avoir la paix sociale, cette paix tant désirée et si rarement obtenue ?

En effet, c'est une question primordiale que celle qui consiste à chercher à établir les relations normales entre les deux grands facteurs de la production : le Travail et le Capital et à trouver un terrain d'entente et de collaboration entre les travailleurs et les patrons.

Sachant parfaitemeut l'importance de ce problème, l'Etat des Serbes, Croates et Slovènes dès les premiers jours de sa formation, a fait dans ce sens des efforts qui ont abouti à la création d'une législation spéciale, dont le but est de donner les solutions necessaires aux questions touchant le Travail et ses relations avec le Capital; ceci, à l'exemple des autres Etats, qui, au cours de longues périodes de paix et dans des circonstances

plus favorables que celles du nouvel Etat, ont pu s'occuper de ces questions et obtenir un certain résultat.

La législation ainsi créée comprend déjà plusieurs textes législatifs concernant l'inspection du travail, la durée du travail (la journée de huit heures en principe), le conseil de prud'hommes, la bourse du travail; enfin tout récemment, l'assurance ouvrière contre la maladie et les accidents du travail fut l'objet d'un texte législatif.

De tous ces textes le plus important, par son étendue comme par la nouveauté de certaines dispositions, est certainement celui portant sur l'assurance ouvrière contre la maladie et les accidents du travail.

L'Etat des Serbes, Croates et Slovènes a dû s'occuper de la question de l'assurance ouvrière d'abord, parce que cette question rentre dans le cadre du problème social, qui s'est posée à l'Etat dès sa création; ensuite, parce que une raison tout à fait particulière au nouvel Etat l'obligeait d'intervenir pour donner une solution en matière d'assurance ouvrière, à savoir la nécessité de n'avoir sur son territoire qu'un seul régime appliqué en cette matière.

On sait que l'Etat des Serbes, Croates et Slovènes est constitué par deux Etats indépendants : les royaumes de Serbie et de Monténégro, auxquels ont adhéré un certain nombre de pays qui, ayant perdu leur indépendance depuis bien longtemps, ont fait partie de l'Empire austro-hongrois jusqu'à la dislocation de cet empire à la fin de la dernière guerre. Ces pays, tant qu'ils faisaient partie de l'Autriche-Hongrie, possédaient des textes législatifs en matière d'assurance ouvrière, et des deux Etats indépendants, la Serbie seulement avait une loi dont les dispositions organisaient l'assurance ouvrière. Bien que ces textes portassent sur le même objet, ils étaient des plus divers et le jour où l'union politique de ces Etats et pays fut proclamée, l'unification législative en général, et plus

particulièrement celle qui existait en matière d'assurance ouvrière, fut mise à l'ordre du jour.

Les textes, qui étaient appliqués en matière d'assurance ouvrière avant que leur unification fut effectuée, sont les suivants :

En Dalmatie et Slovénie, les pays où la législation autrichienne était appliquée, l'assurance contre les accidents du travail a été organisée par la loi du 28 décembre 1887; quant à l'assurance contre la maladie, elle a été régie par la loi du 30 mars 1888. En dehors de ces deux lois fondamentales, il y avait encore toute une liste des lois et ordonnances postérieurement édictées.

La législation hongroise, avec la loi fondamentale du 6 avril 1907 portant sur l'assurance contre la maladie et les accidents du travail, était appliquée en Croatie, Slavonie, Banat, Batchka et Barania.

La Bosnie et la Herzégovine étaient dotées d'une loi du 15 février 1909 qui ne visait que l'assurance contre la maladie.

Des deux Etats indépendants, la Serbie seulement, comme nous l'avons dit, possédait une loi du 29 juin 1910, dont les dispositions organisaient l'assurance contre la maladie et les accidents du travail.

Quant au Monténégro, il n'avait aucune loi spéciale concernant l'assurance ouvrière; on pouvait voir seulement quelques traces de cette question, dans la loi du 18 février 1911 portant sur les concessions de l'Etat et tendant à favoriser le développement de l'industrie nationale.

Pour supprimer, donc, le grand nombre de textes législatifs et n'avoir qu'un seul texte qui sera appliqué sur son territoire, l'Etat des Serbes, Croates et Slovènes a dû intervenir.

Bien que l'importance du problème exige que cette intervention soit effectuée sous la forme d'une loi, le

gouvernement serbo-croate-slovène, dans l'intention d'éviter de longs débats parlementaires qui pourraient retarder l'élaboration définitive de cette loi et sa mise en vigueur (ce qui aurait eu pour conséquence de priver la classe ouvrière des bienfaits de l'assurance pendant une assez longue période) s'est vu obliger d'user du droit que lui laisse la Constitution (art. 94) et de donner la solution de ce problème, sous la forme d'un décret-loi, qui fut sanctionné le 27 juin 1921 et promulgué le 20 août suivant.

C'est donc par ce décret-loi que l'assurance ouvrière contre la maladie et les accidents du travail doit être organisée aux lieu et place des textes mentionnés ci-dessus.

Toutefois, l'entrée en vigueur de ce décret-loi n'aura lieu que le 1er juillet 1922. Ce retard dans l'application des nouvelles mesures prises en vue d'organiser l'assurance ouvrière résulte de deux causes.

En premier lieu, l'assurance ouvrière, comme nous l'avons vu, était déjà organisée par des textes législatifs dans la plus grande partie du territoire du nouvel Etat et une vie assez intense y existait au moment où le décret-loi fut élaboré. Pour permettre aux organes de l'assurance en fonction de préparer la liquidation des affaires dont ils avaient à s'occuper conformément aux dispositions légales et statutaires en vigueur, et, en même temps, pour pouvoir maintenir, conformément aux dispositions du décret-loi, cette vie issue des anciens textes, une certaine période de temps était nécessaire, d'où le retard dans l'entrée en vigueur du décret-loi.

En deuxième lieu, ce retard a été provoqué par le besoin d'effectuer une liquidation entre l'Etat des Serbes, Croates et Slovènes d'une part, et l'Autriche et la Hongrie d'autre part, au sujet des caisses et institutions d'assurance ouvrière créées sur le territoire des pays

qui faisaient partie de l'Empire austro-hongrois, laquelle liquidation devait avoir lieu conformément aux clauses des traités de paix et des actes additionnels.

Quoiqu'il en soit, par le décret-loi du 27 juin 1921, l'Etat des Serbes, Croates et Slovènes peut prendre sa place parmi les autres Etats qui, possédant une législation en matière d'assurance ouvrière, ont ainsi répondu à une des nécessités sociales et ont donné en même temps la preuve qu'ils ont conscience du rôle qui incombe à l'Etat en matière de questions sociales.

*
* *

Pour faire connaître l'organisation de l'assurance ouvrière contre la maladie et les accidents du travail, telle que la prévoit le décret loi du 27 juin 1921 et pour pouvoir apprécier dans quelle mesure ce décret loi a pu réaliser l'unification législative en cette matière ce qui est en même temps l'objet de notre étude, nous nous proposons d'analyser les dispositions principales de ce décret loi.

Mais, puisque le décret loi a été devancé par les divers textes législatifs, qui lui ont en quelque sorte servi de base, nous croyons nécessaire et utile d'exposer ces différents textes avant d'analyser les dispositions du décret loi lui-même.

Par conséquent, nous pouvons maintenant exposer le plan que nous nous proposons de suivre dans notre étude:

dans notre première partie nous allons passer successivement en revue les divers textes, qui ont régi l'assurance ouvrière antérieurement au décret loi du 27 juin 1921;

dans une deuxième partie nous nous occuperons d'analyser le décret loi.

PREMIÈRE PARTIE

Régime antérieur au Décret-loi du 27 juin 1921 en matière d'Assurance ouvrière contre la Maladie et les Accidents du Travail.

Nous avons déjà eu l'occasion de voir que les pays, qui se trouvent aujourd'hui englobés dans l'Etat des Serbes, Croates et Slovènes, avant de s'unir, faisaient partie de trois Etats indépendants : les royaumes de Serbie et de Monténégro et l'Empire austro-hongrois. Chacun de ces Etats possédant sa législation propre, a réglementé l'assurance ouvrière par des textes, qui vus dans leur ensemble sont fort divers dans leur forme comme dans leur fond et peuvent sembler confus et compliqués.

Toutefois, ces textes peuvent être mis dans un certain ordre, qui nous permettra de les faire connaître d'une manière claire et précise.

En effet, les textes concernant l'assurance ouvrière peuvent être répartis en cinq groupes suivant les pays où ils étaient appliqués.

Ainsi donc la première partie de notre étude sera divisée en cinq chapitres, où seront exposés ces textes dans leurs dispositions principales et dans l'ordre chronologique.(1)

(1) Faute des documents officiels pour chaque groupe de pays, il nous est impossible d'exposer le développement de l'assurance et les résultats qu'elle a obtenu. Du reste, la première partie de notre étude n'a d'autre but que de faire connaître les textes législatifs, qui ont servi de base à la création du décret-loi du 27 juin 1921.

CHAPITRE PREMIER

Assurance ouvrière contre la Maladie et les Accidents du Travail en Dalmatie et Slovénie

Ayant fait partie de l'Empire Austro-Hongrois, la Dalmatie et la Slovènie étaient régies par la législation autrichienne et par conséquent, les textes qui ont organisé l'assurance ouvrière dans ces deux pays ont été élaborés par le législateur autrichien.

L'assurance ouvrière contre les risques de maladie et d'accidents du travail a été organisée par des textes élaborés séparément pour chaque branche d'assurance, c'est pourquoi nous allons les examiner dans les deux sections suivantes.

Section I

Assurance Ouvrière contre les Accidents du Travail

C'es par la *loi du 28 décembre 1887* que l'assurance contre les accidents fut établie. Avant cette loi la matière des accidents du travail était régie par le droit commun. Aux termes des articles 1010, 1161 et 1315 du Code Civil autrichien le patron était responsable du dommage résultant de sa propre faute, laquelle d'ailleurs pouvait consister soit en une négligence personnelle, soit en un

mauvais choix de ses préposés. La charge de la preuve incombait au demandeur-victime de l'accident.

L'insuffisance de la législation en cette matière a obligé le gouvernement à présenter le projet de loi sur l'assurance contre les accidents du travail, dans le courant de l'année de 1885. Le projet fut voté deux ans plus tard : ce fut la loi du 28 décembre 1887.

§ 1. — *Domaine d'application de l'Assurance.*

Aux termes de l'article 1 de la loi du 28 décembre 1887 l'assurance est obligatoire pour les personnes occupées :

1° dans les fabriques et usines ;

2° dans les entreprises industrielles où l'on produit ou emploie des matières explosives ;

3° dans les entreprises où l'on fait usage d'une chaudière à vapeur ou d'un moteur actionné par une force élémentaire (vent, eau, vapeur, gaz, air chaud, électricité etc) ou par la force des animaux ;

4° dans les entreprises agricoles et forestières, où l'on fait usage d'une chaudière à vapeur ou d'un moteur actionné par une force élémentaire ou par des animaux. Toutefois, l'obligation de l'assurance dans ce cas ne s'étend qu'aux personnes exposées au danger provenant de l'emploi du moteur.

La loi comprend, dans son champs d'action, toutes les personnes sans dictinction de sexe, qui se trouvent au service du chef de l'industrie, y compris les apprentis, volontaires et auxilliaires.

On a reconnu bientôt la nécéssité d'étendre la loi aux autres catégories des travailleurs, ainsi que de la modifier sur certains points. De là, un projet présentée par le gouvernement ; ce projet fut voté et ensuite promulgué comme *loi du 20 juillet 1894.*

Sur le premier point, celui de l'extension du domaine

de la loi de 1887, la loi du 20 juillet 1894 étend l'obligation de l'assurance aux personnes occupées :

1° dans tous les établissements d'entreprises de chemins de fer ;

2° dans les établissements d'entreprises industrielles de transport par voie de terre et par voie de navigation interieure ;

3° dans les entreprises de dragage, de nettoyage de rues et d'édifices, de ramonage, de taille de pierre ;

4° dans les travaux d'égouts ;

5° dans les corporations de sapeurs pompiers ;

6° dans les magasins et dépôts exploités industriellement, y compris les entrepôts et les chantiers de bois et de charbons en gros ;

7° dans les entreprises théâtrales, même si leur marche n'est pas continuelle pendant tout le cours de l'année;

Quant au deuxième point, la modification apportée par la loi du 20 juillet 1894 était d'une importance considérable, car elle prévoyait et autorisait l'*assurance facultative*. En effet, elle autorisait, d'abord, les chefs, dont les entreprises étaient assujettis à l'obligation de l'assurance, à s'assurer eux-mêmes et à assurer leurs fondés de pouvoirs et représentants ; ensuite, elle permettait l'accès de l'assurance aux autres personnes, qui sans appartenir aux catégories soumises à l'obligation de l'assurance, sont exposées aux dangers résultant de l'occupation qu'elles exercent. Toutefois, cette deuxième catégorie de personnes n'est admise à l'assurance que si leur salaire moyen ne dépasse pas un maximum de 1.200 florins (2.400 couronnes) par an.

En définitive, loi loi du 20 juillet 1894 n'était qu'un essai en vue d'obtenir les résultats d'expérience indispensables pour l'extension postérieure de l'assurance obligatoire à de nouvelles catégories d'entreprises.

En effet, une nouvelle extension de l'assurance obligatoire se présenta quelque temps après.

Avec le développement des moyens de locomotion, où l'automobile gagna bien vite une place importante, le nombre d'accidents augmentait dans des proportions inquiétantes et les travailleurs victimes de ces accidents n'étaient protégées qu'insuffisamment par des principes généraux. Il était donc nécessaire de combler cette lacune et ce fut l'objet de la *loi du 9 août 1908* sur la responsabilité des dommages causés par l'exploitation d'automobiles.

C'est surtout l'article 11 de la loi du 9 août 1908 qui doit nous intéresser en matière d'assurance ouvrière. Aux termes de cet article les personnes, qui durant l'exercice de leur contrat de louage de service, sont victimes d'accidents causés par l'exploitation d'automobiles et qui ne tombent pas déjà sous l'application des lois des 28 décembre 1887 et 20 juillet 1894, sont assurées conformément aux dispositions de la première de ces lois.

Ainsi donc le personnel des exploitations d'automobiles, de même que les entrepreneurs, qui les exploitent et qui sont aux yeux du législateur les propriétaires des voitures, était soumis à l'obligation de l'assurance contre les accidents du travail.

Toutefois, les accidents, qui se produisent dans les courses ou dans l'entrainement ne sont pas considérés comme accidents du travail et ne donnent aucun droit à réparation. (1)

Pour la même cause : le nombre croissant d'accidents du travail, une nouvelle intervention du législateur était indispensable dans les entreprises de construction.

(1) La loi du 9 août 1908, mise en vigueur trois mois après sa promulgation' fut suivie d'une ordonnance du ministre de l'Intérieur du 27 novenbre 1908 qui était nécessaire pour répartir entre les différentes classes de risques les exploitations d'automobiles soumises dorénavant à l'obligation de l'assurace.

Ce fut la raison de la *loi du 29 avril 1912* qui étend les dispositions de la loi du 28 décembre 1887 aux ouvriers, ainsi qu'aux employés, occupés dans des entreprises industrielles exécutant des travaux de construction ou occupés d'une manière générale à l'exécution de constructions ou à l'exécution de travaux en bâtiments.

Au moment où l'assurance obligatoire contre les accidents du travail fut introduite par la loi fondamentale de 1887, les entreprises de navigation et de pêche maritime n'y étaient pas comprises.

La raison de cette exclusion devait être cherchée dans l'intention du Gouvernement de régler la situation des marins, en ce qui concerne leur assurance contre les accidents, par une loi spéciale.

Par suite de difficultés diverses, cette loi spéciale tardait toujours à paraître et en l'attendant les gens de mer étaient privés des bienfaits de l'assurance obligatoire, ce qui était fêcheux surtout pour la population de la Dalmatie dont la seule occupation était la pêche et la navigation maritime.

Cette iniquité fut réparée par la loi du *11 février 1913*.

D'après cette loi tous les nationaux au service direct de la navigation et du commerce maritime ainsi que ceux occupés dans la pêche maritime, et qui sont exposés aux risques accidents spéciaux de la mer, sont assurés, à l'exception des employés de l'Etat, des communes et des établissements publics ayant droit à d'autres institutions de prévoyance.

L'assurance court à partir du jour où l'autorisation à porter le pavillon national a été accordée et cesse dès qu'un navire perd ce caractère ou dès que prend fin le service qui motivait l'assujetissement à l'assurance obligatoire.

L'assuré a le droit à réparation du dommage qu'il subit à l'occasion d'un accident toutes les fois que l'accident lui survient dans l'exercice de sa profession, au service d'un navire national sur lequel il est occupé. Ce droit lui est reconnu même s'il ne fait pas partie de l'équipage du navire où l'accident est survenu. La loi de 1913 conférait également le droit à réparation aux assurés marins nationaux victimes d'accident lors de leur rapatriement ou de leur transport à bord de navires nationaux.

En outre, cette loi assimile aux accidents du travail visés ci-dessus les maladies telles que : le choléra, la peste, la fièvre jaune et le béribéri dont seront effectivement atteints dans l'exercice de leur profession les personnes assujetties à l'obligation de l'assurance et qui appartiennent à l'équipage de navires nationaux ou sont occupées dans un service de navigation sur le territoire ou dans les eaux nationales.

Une dernière loi qui apportait des modifications aux dispositions de la loi du 28 décembre 1887 fut la *loi du 21 août 1917*.

Cette loi par son premier article étend le cercle des accidents donnant droit à réparation légale en assimilant aux accidents qui se produisent à l'occasion du travail, ceux qui ont lieu lors de l'exécution des travaux domestiques ou autres que le patron ou son remplaçant ou tout autre chef fait exécuter par l'assuré en dehors du travail soumis à l'assurance obligatoire, mais pendant la durée de celui-ci.

D'autre part, la loi de 1917 assimile également aux accidents survenus à l'occasion du travail, ceux dont l'assuré est victime pendant le trajet, en se rendant de son domicile au lieu du travail et vice-versa, à condition que l'assuré ne se soit pas arrêté en chemin pour

ses affaires personnelles ou pour toute autre cause étrangère à son travail.

Ainsi donc la loi de 1917 et les autres lois modificatrices du texte fondamental ont à tel point élargi le cadre primitif de l'assurance contre les accidents du travail qu'une immense majorité des travailleurs était admise à bénéficier du régime de l'assurance ouvrière.

Toutefois, il y avait un certain nombre de catégories de travailleurs laissées hors du domaine d'application de l'assurance accidents et qui sont visées expressement par la loi de 1887.

Ce sont, d'une part, certaines catégories de personnes *exemptées* de l'assurance, d'autre part, certaines personnes qui peuvent être *dispensées* de l'obligation de l'assurance contre les accidents bien qu'elles soient en principe soumises à cette obligation.

I. Les catégories de personnes *exemptées* de l'assurance sont les suivantes :

1° les personnes exécutant un travail en dehors de tout caractère professionnel ;

2° les personnes occupées dans une entreprise de l'Etat, d'une province, d'une commune ou d'un établissement public, qui, en cas d'accident, peuvent prétendre, soit pour elles-mêmes, soit pour leurs ayants droit, à une pension équivalente ou supérieure à celle prévue par les textes législatives sur l'assurance obligatoire ;

3° les personnes occupées dans les entreprises agricoles et forestières sans être exposées au danger d'accident résultant de l'existence d'un moteur ;

4° les personnes détenues dans les établissements pénitentiares, n'étant pas assimilables aux travailleurs parce qu'elles n'ont pas débattu librement les conditions de leur travail.

II. En ce qui concerne le deuxième groupe de personnes, celles qui peuvent être *dispensées* de l'obligation de l'assurance, la loi de 1887 prévoit à cet égard une ordonnance du ministre de l'Intérieur, qui

devait régler cette question : peuvent être affranchies de l'obligation de l'assurance, les exploitations dans lesquelles l'ensemble du personnel ouvrier n'est exposé à aucun danger d'accident. Toutefois, ce droit est conféré au ministre sous réserve d'en faire l'objet d'une communication annuelle au Reichsrath toutes les fois qu'il l'a exercé.

Telles sont les dispositions que le législateur a jugé nécessaire à édicter et qui déterminent le domaine d'application de la loi sur l'assurance contre les accidents du travail en Dalmatie et Slovénie.

§ 2. — *Objet de l'assurance contre les accidents du travail.*

Après avoir essayé de déterminer les catégories de travailleurs auxquels s'applique la loi sur l'assurance contre les accidents, il convient de connaître l'objet de cette assurance tel qu'il est défini par la loi du 28 décembre 1887 et les lois postérieures.

Aux termes de l'art. 5 de la loi de 1887, l'assurance contre les accidents du travail a pour but : de réparer le dommage qui résulte d'une blessure ou de la mort d'un assuré, victime d'un accident du travail. La réparation de ce dommage est effectuée par l'indemnité allouée à l'assuré blessé ou, en cas de mort, à ses ayants-droits, mais en tous cas elle est déterminée par le législateur à l'avance pour éviter toute contestation lors du règlement de l'indemnité.

I. L'indemnité allouée à l'assuré blessé consiste en une pension, qui doit être servie au blessé par la caisse d'assurance contre les accidents depuis la cinquième semaine qui suit l'accident jusqu'à la cessation de l'incapacité de travail de l'assuré blessé. Pendant les quatre

premières semaines, c'est l'établissement d'assurance ouvrière contre la maladie auquel appartient le blessé, qui doit s'occuper de lui.

Le montant de cette pension varie selon le degré d'incapacité de travail dont est atteint l'assuré. Si l'assuré, par suite d'un accident, a perdu complètement sa capacité de travail, le montant de sa pension est égal à 60 % de sa rémunération annuelle et cette pension lui est allouée pendant toute la durée de son incapacité de travail. En cas d'incapacité partielle de travail et pendant la durée de cette incapacité,la pension allouée au blesse est une fraction de la pension prévue pour l'incapacité totale de travail. Cette fraction est calculée d'après le degré d'incapacité de travail, mais en aucun cas ne pourra dépasser 50 % de la rémunération annuelle du blessé.

La rémunération qui sert de base au calcul de la pension est celle que l'assuré blessé touchait pendant la dernière année passée dans l'exploitation où l'accident a eu lieu. Si l'assuré n'a pas été occupé dans cette exploitation pendant la durée entière d'une année avant le jour de l'accident, on doit prendre pour base du calcul de la pension, la rémunération moyenne que des travailleurs de la même catégorie ont reçue dans la méme exploitation ou dans les exploitations similaires. Le maximum de la rémunération annuelle était fixe par la loi de 1887 à 1200 florins (2400 couronnes) et si ce maximum était dépassé on ne devait pas tenir compte de l'excédent.

Par une innovation apportée par la loi du *21 août 1917*, le maximum de la rémunération annuelle est porté à 3600 couronnes, en ce qui concerne les travailleurs majeurs; pour les apprentis et les personnes qui ne reçoivent aucun salaire ou touchent un salaire réduit, la rémunération doit être égale au gain annuel le plus faible touché par les travailleurs occupés dans la même

explottation ou appartenant à la même catégorie que celle de l'apprenti, mais en aucun cas elle ne peut être inférieure à 600 couronnes.

II. L'indemnité allouée aux ayants droits de l'assuré mort par suite d'un accident est double.

C'est d'abord une indemnité fixée d'après les usages locaux, mais qui ne peut dépasser la somme de 25 florins (50 couronnes) et qui sert à faire face aux frais occasionnés par l'enterrement.

En deuxième lieu, une indemnité est servie, sous forme de pension, au conjoint survivant ou suivant le cas aux orphelins ou aux ascendants de la victime, dont elle était le soutien.

Le montant de cette pension est fixé de la manière suivante :

a) La veuve a droit à une pension égale à 20 pour cent de la rémunératiou annuelle de son mari. Cette pension est servie à la veuve depuis le décès de l'assuré jusqu'au jour du remariage ou du décès de cette veuve. En cas de remariage, la veuve peut obtenir en une somme, dont le total lui est immédiatement versé, le triple de sa pension annuelle, dont le service prend fin;

b) Le veuf, s'il est incapable de travailler, a droit également à une pension de 20 pour cent de la rémunérution annuelle de sa femme victime d'un accident.

La pension est alloué au veuf tant que dure son incapacité de travail.

c) Chaque enfant légitime, orphelin de père ou de mère, a droit à une pension de 15 pour cent de la rémunération annuelle de l'assuré décédé. L'enfant orphelin de père et de mère, a droit à une pension de 20 pour cent de la rémunération annuelle la plus élevée de ses parents. Les enfants naturels ont également droit à une pension, mais le montant de cette pension, pour chacun d'entre eux, n'est que le 10 pour cent de la rémunération anuelle de l'assuré décédé.

La pension aux enfants est servie jusqu'à l'âge de quinze ans révolus.

d) En ce qui concerne les ascendants de l'assuré, ils n'ont droit à une pension, que si la victime de l'accident

était leur unique soutien. Leur pension est égale a 20 pour cent de la rémunération annuelle de l'assuré et elle est servie jusqu'à leur mort ou à la cessation de leur état d'indigence.

Le cumul des pensions du conjoint survivant et des enfants est admis par la loi, mais le total de ces pensions cumulées ne peut dépasser 50 % de la rémunération annuelle servant de base. Si ce total dépasse le maximum indiqué, les pensions doivent subir une réduction proportionnelle.

C'est l'établissement d'assurance contre les accidents qui détermine l'indemnité dans tous les cas et il procède à cette détermination soit d'office, soit à la requête des intéresssés. Ces derniers, pour faire valoir leurs droits à indemnité, ont un délai d'une année durant lequel ils peuvent s'adresser à l'établissement d'assurance compétent. La décision rendue par cet établissement peut être attaquée devant le tribunal arbitral dans un délai d'une année à compter de la notification de la décision. L'appel n'a pas d'effet suspensif.

Quant au mode de paiement de ces indemnités, l'indemnité funéraire est payée en espèces aussitôt après sa détermination ; la pension est payée au début de chaque mois.

En dehors du paiement de ces indemnités, la loi de 1887 ne prévoit point l'intervention directe de l'établissement d'assurance contre les accidents dans le traitement médical nécessaire à l'assuré blessé. Comme nous allons le voir, les secours médicaux et pharmaceutiques, en ce cas, doivent être fournis par l'établissement d'assurance ouvrière contre la maladie.

Aux dispositions de la loi de 1887 fixant l'objet de l'assurance contre les accidents, les lois postérieures des *11 février 1913* et *21 août 1917* ont apporté des innovations et modifications importantes.

La première de ces deux lois, étendant l'assurance contre les accidents aux entreprises de navigation et de pêche maritime, précise les cas où les ayants droits d'un assuré peuvent prétendre à une indemnité. (1)

Les modifications apportées par la *loi de 1917* sont plus nombreuses et plus importantes. On reconnait facilement l'influence de la guerre dans les mesures que cette loi prescrit en faveur de la classe ouvrière, car elle augmente le montant de la pension et effectue une extension du cercle des ayants droit de l'assuré.

Dans son article 2 la loi de 1917 fixe le montant de la pension, à allouer en cas d'incapacité totale de travail, aux deux tiers de la rémunération annuelle de base. Par suite de cette modification, le montant de la pension à allouer en cas d'incapacité partielle de travail se trouve également élevé.

En outre, la loi de 1917 prévoit l'allocation d'une pension totale à titre de pension de convalescence. Cette pension est allouée aux assurés blessés, incomplètement valides, qui auront besoin de soins particuliers pour recouvrer intégralement leur capacité de travail.

(1) Aux termes de l'art. 4 de cette loi, les ayants-droits d'un assuré, qui se trouve sur un navire national ayant levé l'ancre, n'ont droit à la pension que si le navire a fait naufrage, ou si le navire a disparu et qu'une année se soit écoulée depuis que le naufrage a été prouvé ou depuis que les dernières nouvelles ont été reçues sans qu'on ait reçu cependant de nouvelles dignes de foi quant à l'existence de l'assuré disparu. En outre l'établissement d'assurance contre les accidents peut exiger que les ayants droit de l'assuré prêtent serment devant le tribunal compétent qu'ils n'ont pas d'autres nouvelles du disparu que celles déja déclarées.

Les ayants droit doivent présenter leur demande en indemnité si elle n'est pas fixée d'office, dans les deux années qui suivent le jour de l'accident sous peine de forclusion.

La pension doit être payée à partir du jour du naufrage du navire, ou en cas de disparition du navire, quinze jours après la date des dernières nouvelles reçues. Le paiement de la pension cesse dès qu'il est prouvé que l'assuré, considéré comme disparu, vit encore.

La pension totale peut être majorée de 50 °/₀ de façon à égaler la rémunération intégrale du blessé. La pension totale ainsi majorée doit être accordée à l'assuré blessé qui, à l'achèvement du traitement médical à la suite de l'accident, aura besoin de l'assistance et des soins d'autrui en raison de son état de faiblesse générale.

L'indemnité au profit des ayants droit de l'assuré mort par suite d'un accident est également majorée par cette loi. Ainsi, l'indemnité funéraire est portée de cinquante à cent couronnes. Quant à la pension à servir aux ayants-droit, la loi de1917 la fixe comme suit :

La pension du conjoint survivant reste égale à 20 pour cent de la rémunération annuelle de base comme dans la loi de 1887. La pension des enfants légitimes reste également fixée à 15 ou à 20 pour cent suivant qu'ils sont orphelins de père ou de mère ou orphelins de père et de mère.

Mais, en ce qui concerne le cumul de la pension du conjoint survivant avec celle des enfants, la loi de 1917 autorise ce cumul jusqu'à concurrence de deux tiers de la rémunération annuelle de base.

La pension des enfants illégitimes se trouve majorée par la loi de 1917. En effet, elle porte la pension de 10 pour cent à 15 pour cent pour chaque enfant illégitime d'une mère ou d'un père mort par suite d'un accident, si la paternité de cet enfant a été déjà constatée judiciairement ou reconnue extrajudiciairement avant la mort de l'assuré ou si la paternité de l'enfant en question a été constaté judiciairement lorsque il est né après la mort de l'assuré victime de l'accident.

Une innovation fut introduite par la loi de 1917 quant à la durée du service de pension des enfants. La nouvelle loi prévoit que si les enfants à l'âge de quinze ans révolus, se trouvent atteints d'une infirmité physique ou mentale, qui les rend complètement incapables de travail

les enfants continueront à toucher la pension aussi longtemps que durera leur infirmité.

En ce qui concerne la pension des ascendants, la loi de 1917 n'apporte aucune modification aux dispositions de la loi de 1887.

Deux autres innovations de la loi de 1917 consistent d'abord dans l'extension du cercle des ayants droit de l'assuré puis, dans l'établissement d'un rang de priorité entre les différentes catégories des ayants droit.

Par la première disposition, la loi reconnaît le droit de pension aux petits enfants de l'assuré et à ses frères et sœurs, si l'assuré de son vivant était leur soutien principal. La pension allouée à ces personnes est fixée à 20 pour cent de la rémunération de base et est servie aux bénéficiaires jusqu'à l'âge de quinze ans révolus, sauf le cas d'infirmité physique ou mentale prévu précédemment.

En étendant ainsi le cercle des ayants droit de l'assuré, la loi de 1917 a pris le soin de fixer un ordre d'après lequel les ayants droits, autres que le conjoint survivant et les enfants de l'assuré, peuvent faire valoir leur droit à la pension. Cette mesure était nécessaire pour éviter les difficultés qui pouvaient naitre de la présence des ayants droit de l'assuré n'appartenant pas à la même catégorie et qui demandent la pension, dont le montant est fixé comme nous l'avons vu, montant qui ne pourra être dépassé bien qu'il y ait plusieurs demandeurs. La loi de 1917 fixe cet ordre dans art. 3 b, plaçant au premier rang les parents de l'assuré, ensuite les grands parents, puis les petits-enfants, enfin, en dernier lieu, les frères et sœurs de l'assuré.

En présence du conjoint survivant et des enfants de l'assuré d'une part, et d'autres ayants droit, d'autre part, la priorité est donnée aux premiers. Toutefois, les ayants droit de deuxième catégorie auront droit à la pension,

même en concurrence avec le conjoint survivant et les enfants de l'assuré, dans la mesure où le montant total de la pension prévu n'est pas absorbé par la pension du conjoint et celle des enfants.

Dans le même article la loi de 1917 contient des dispositions relatives au droit à la pension. Ainsi, si la victime bénéficiaire d'une pension s'est mariée après l'accident, la veuve ou le veuf non plus que les enfants issus de ce mariage, n'ont aucun droit à la pension. Sont également privés du droit à la pension les enfants illégitimes, procréés après l'accident, ainsi que le conjoint contre lequel le divorce d'avec la victime a été prononcé ou dont le mariage a été cassé judiciairement.

Si le conjoint d'une femme, morte des suites d'accident a, sans motif légal, abandonné son foyer et cessé de donner des soins à ses enfants, l'établissement d'assurance pourra servir à ces derniers la pension due au dit conjoint.

Toute personne, ayant droit à plusieurs pensions du chef d'un accident qui a causé la mort de plusieurs victimes, ne peut toucher qu'une seule pension, à savoir la plus élevée de celles qui lui sont attribuées.

§ 3. — *Organes de l'Assurance.*

Le fonctionnement de l'assurance contre les accidents du travail est assuré par les organes de l'assurance. Ces organes sont les suivants :

I. — Les caisses régionales ;

II. — Les caisses corporatives ;

III. — Les caisses privées.

Comme nous allons le voir, les deux premières catégories sont crées par la loi de 1887, tandis que la troisième est préexistante à cette loi. Par les organes

qu'elle créé, il est évident, que la loi de 1887 a voulu créer un régime multiforme de groupements territoriaux et professionnels institués sur le principe de la mutualité, qui seront accessibles à tout travailleur soumis à l'obligation de l'assurance selon le lieu et la nature de son occupation.

La troisième catégorie, les caisses privées, ne sont que les organes subsidiaires déstinés à suppléer à l'insuffisance des organes de deux premières catégories.

I. *Caisses régionales.* — Aux termes de l'article 9 de la loi de 1887, l'assurance ouvrière contre les accidents du travail est réalisée par des caisses d'assurance spéciales, instituées sur le principe de la mutualité. Ces caisses sont, en général, formées par le groupement territorial de tous les travailleurs soumis à l'obligation de l'assurance et de leurs patrons se trouvant en Dalmatie et Slovénie. Le siège de ces caisses était à Trieste, en ce qui concerne la Dalmatie, et à Gratz, pour la Slovénie.

L'organisation administrative de ces caisses est déterminée par l'article 12 de la loi de 1887, qui prévoit un *comité directeur,* une *commission administrative* et les *délégués de la caisse régionale.*

1° *Le comité directeur* est composé d'un nombre de membres divisible par trois, dont un tiers est constitué par des représentants des patrons, un tiers par des représentants des assurés et un tiers par des personnes qui connaissent bien la situation économique de la circonscription de la caisse ; ces derniers sont désignés par le ministre de l'Intérieur.

Le Comité élit dans son sein le président et le vice-président.

La durée du mandat est de quatre ans. Le Comité se réunit une fois par mois, sauf le cas d'urgence ou sur

la demande d'un tiers de ses membres. Le Comité est chargé de l'ensemble de la gestion et de la représentation de la caisse régionale.

2° *La commission administrative* est composée d'un président, d'un vice-président et de trois membres du comité directeur ; le premier de ces membres est désigné par le Ministre de l'Intérieur, le deuxième est choisi par les patrons et le troisième par les assurés. Ils sont rétribués et chargés en général de veiller à l'exécution des décisions du comité directeur.

3° *Les délégués* ou les représentants de la caisse régionale sont chargés de prendre part aux enquêtes sur l'accident et à la détermination de la part contributive de chaque exploitation assujettie à l'obligation de l'assurance.

En dehors de ces organes, la caisse possède un certain nombre d'employés appointés, chargés de l'expédition des affaires courantes.

II. *Caisses corporatives.* — L'institution de ces caisses est prévue par l'article 58 de la loi de 1887. Ces établissements sont chargés du service de l'assurance pour un certain nombre d'exploitations appartenant soit à la circonscription d'une même caisse régionale, soit à des ciconscriptions de caisses différentes (les exploitations de navigation, de chemin de fer etc...)

Les caisses corporatives sont organisées de la manière suivante :

1° *L'assemblée générale* se compose de délégués des membres de la caisse. Les délégués sont élus pour une durée de trois années et chacun d'entre eux est pourvu d'un suppléant. Le président et le vice-président sont les mêmes que ceux du comité directeur de la caisse corporative.

Les délibérations ne sont valables qu'en présence du

quart des délégués des patrons et des assurés. Chaque délégué des assurés a autant de voix que la moitié du salaire total des assurés qu'il représente contient de centaines de mille florins au-dessus du chiffre de cinquante mille, qui donne droit à une voix. Toutefois le nombre des voix attribué à un délégué ne peut excéder cent.

L'assemblée générale est convoquée régulièrement une fois par an dans la première moitié de l'année; à titre extraordinaire elle est convoquée sur la demande écrite d'un nombre de délégués égal au quart et représentant en même temps le quart du nombre total des voix.

L'assemblée générale est chargée d'examiner et d'approuver les comptes annuels de la caisse corporative; d'élire, à cet effet trois vérificateurs et leurs trois suppléants parmi les délégués; d'élire les membres du comité directeur et du tribunal arbitral ; de modifier les statuts de la caisse et de statuer sur la dissolution de la caisse.

2° *Le comité directeur* est composé de dix-huit membres dont chacun est pourvu d'un suppléant ; les membres sont élus par moitié par les délégués des assurés et par les délégués des patrons. La durée du mandat est de quatre ans. Le renouvellement des membres s'effectue dans chaque catégorie par moitié tous les deux ans.

Le comité directeur est convoqué une fois par mois, sauf le cas d'urgence. La délibération n'est valable qu'en présence de dix membres.

D'une manière générale, le comité directeur s'occupe de l'ensemble de la gestion de la caisse ; seules quelques attributions sont réservées à l'assemblée générale de la caisse corporative.

3° *Les mandataires ou hommes de confiance* sont désignés par le comité directeur dans le but : de parti-

ciper aux élections à l'assemblée générale, aux enquêtes sur les accidents, à la surveillance des exploitations et à la vérification des déclarations des exploitations.

4° *Le comité administratif* est composé d'un directeur, d'un certain nombre obligatoire d'employés et d'un actuaire. Ces derniers sont nommés par le comité directeur et s'occupent de l'expédition des affaires courantes de la caisse.

III. *Caisses privées ou libres.* — Avant l'entrée en viguer de la loi du 28 décembre 1887 certaines caisses existaient, auprès desquelles les travailleurs étaient tenus de s'assurer, soit en vertu des statuts locaux, soit en vertu de règlements de fabriques, soit en vertu du contrat de travail. La loi de 1887 laisse subsister cette catégorie de caisses et dans son art. 57 § 6 autorise leur maintien si elles offrent toute garantie, par leur fortune et leur gestion pour faire face aux obligations qui incombent à la Caisse.

Quant à la formation de ces caisses, leur organisation et leur fonctionnement, la loi de 1887 les soumet à l'autorisation et à la surveillance du ministre de l'Intérieur.

Les lois postérieures à la loi du 28 décembre 1887 n'ont apporté aucune innovation ni modification aux dispositions concernant les organes de l'assurance contre les accidents, sauf la loi du 11 février 1913 qui déclare dans son article 9 : la caisse régionale d'assurance à Trieste seule compétente pour tout ce qui concerne les entreprises de navigation et de pêche maritime en matière d'assurance ouvrière.

§ 4. — *Ressources de l'Assurance.*

I. — La plus importante partie des ressources de l'assurance contre les accidents du travail provient des

contributions auxquelles sont soumises toutes les exploitations qui tombent sous le coup de la loi de 1887 et des lois modificatives postérieures.

Les contributions sont évaluées à l'aide du *tarif des primes* qui est dressé par la caisse d'assurance ouvrière contre les accidents et soumis à l'homologation de l'autorité administrative (art. 16 § 2 loi de 1887.) C'est donc *le système financier des primes* qui est appliqué par la loi de 1887, au moyen duquel le capital presumé nécessaire pour assurer le service des rentes créées au cours de l'année précédente est réclamé annuellement des exploitations.

Pour déterminer le tarif des primes, on tient compte de deux éléments: le risque inhérent à l'exploitation en question et le salaire des travailleurs dans cette exploitation. En ce qui concerne le premier, celui de risque, il sert de base à la répartition en classes des exploitations assujetties à l'obligation de l'assurance. En effet, chacune de ces exploitations appartient à une classe suivant le degré de risques auxquels sont exposés les travailleurs qui y sont occupés. En même temps, chacune de ces exploitations doit être affectée d'un coefficient de risque allant de 1 à 100, (le coefficient égal à 100 étant pour la classe des exploitations qui exposent leur personnel au plus haut degré de risque).

La répartition en classes des risques et la détermination du coefficient de risque sont effectuées d'après les déclarations mises à la disposition des caisses d'assurance par les patrons. Ces déclarations contiennent les indications nécessaires sur l'objet et la nature de l'exploitation, le nombre des ouvriers, le montant total de leur salaire annuel, ainsi que toutes les modifications survenues dans l'exploitation et susceptibles d'exercer une influence sur le caractère de celle-ci à l'égard de l'obligation de l'assurance à laquelle elle est soumise.

Quant au deuxième élément sur lequel est basée la détermtnation du tarif des primes, on en tient compte dans la mesure des charges que l'assurance fait peser sur les exploitations par florin (2 couronnes) de salaire. D'après l'article 8 de la loi de 1887 il faut compter comme salaire non seulement le salaire réellement touché par l'assuré, mais encore, s'il y a lieu, la rémunération en nature, calculée au prix moyen local, les prestations par tiers etc.

Dès lors, pour calculer la part contricutive de chaque exploitation assujettie à l'obligation de l'assurauce, il suffit de connaître le coefficient de risque de l'exploitation, pour obtenir d'après le tarif des primes la valeur du coeffiicient qui multipliée par le nombre des florins de salaire annuel payé par l'exploitation et divisée par 100, donnera la valeur de la contribution imposée à l'exploitation considérée par l'assurance.

La contribution ainsi calculée pour une exploitation, était à la charge du patron pour neuf dixièmes et le dixième restant étant supporté par les assurés. (1)

Cette obligation pour les assurés de coopérer aux charges financières de l'assurance se trouvait difficilement conciliable avec le principe du risque professionnel qu'admet la loi de 1887; aussi une intervention du législateur sur ce point était à désirer. Elle fut réalisée par la loi du 21 août 1917 dont l'article 5 déclare que dorénavant la contribution dans sa totalité incombe exclusivement au patron.

II. — Une autre source financière qui donne la possibilité aux organes de l'assurance contre les acci-

(1) Si les assurés ne touchaient aucun salaire en argent, la contribution en totalité était à la charge du patron. Par contre, l'assuré facultatif supportait toute la charge de la contribution.

dents de s'acquitter de leurs obligations, est celle du *fonds de réserve.*

Institué en vertu de l'article 15 § 1 de la loi de 1887 le fond de réserve, qui reçoit les excédents éventuels de recettes de la caisse d'assurance, est alimenté par des versements dont le montant est fixé par le ministre de l'Intérieur, tant que le fonds de réserve n'atteint pas une somme égale à 10 pour cent du capital correspondant aux pensions dues par la caisse. Le fonds de réserve est divisé en deux parties: les deux tiers du fonds de réserve total sont consacrés à la formation d'un fonds de réserve spécial à la caisse d'assurance; le tiers restant doit servir à la constitution d'un fonds de réserve commun à toutes les caisses d'assurance créés conformément à la loi de 1887. Ce dernier fonds est administré par l'Etat comme un fonds particulier, dont l'affectation aux buts prévus par la loi est décidé par le Ministre de l'Intérieur. Le fonds de réserve spécial sert exclusivement à secourir la caisse d'assurance en cas de déficit.

§ 5. — *Règlement des contestations.*

Lorsqu'on se trouve en présence des contestations qui peuvent surgir dans le fonctionnement de l'assurance la loi de 1887, qui confie le fonctionnement de l'assurance à plusieurs organes, a jugé nécessaire de procéder de la même manière et d'accorder la compétence pour statuer sur ces contestations à des différentes autorités.

C'est ainsi qu'un tribunal spécial, dit le *tribunal arbitral*, ayant son siège dans celui de chaque caisse d'assurance, fut institué par l'article 38 § I de la loi du 28 décembre 1887. Le tribunal arbitral est compétent pour statuer en premier et dernier ressort sur les contestations survenues entre la caisse d'assurance d'une

part, et les assurés, d'autre part, au sujet du droit à indemnité.

Le même article de la loi de 1887 prescrit la composition du tribunal arbitral, à savoir : un président permanent et quatre assesseurs avec leurs suppléants. Le président est désigné, parmi les fonctionnaires d'ordre judiciaire, par le Ministre de l'Intérieur d'accord avec le Ministre de la Justice. Quant aux assesseurs, deux d'entre eux, qui doivent être pris parmi les personnes possédant des connaissances techniques, ainsi que leurs suppléants, sont nommés par le Ministre de l'Intérieur d'accord avec le Ministre compétent; des deux autres assesseurs et de leurs suppléants, l'un est élu par les représentants des patrons et l'autre par ceux des assurés. Au moyen de cette disposition les assurés se trouvent mieux protégés lors de la fixation et le paiement de pension, car ici encore comme dans l'administration intérieure de l'assurance, la loi de 1887 admet la représentation des assurés.

Les membres du tribunal arbitral ne doivent pas faire partie du comité directeur de la caisse d'assurance ni être à son service.

Les dépenses résultant de l'institution et du fonctionnement du tribunal arbitral sont à la charge de la caisse.

En dehors du tribunal arbitral, *l'autorité administrative régionale* est également désignée par la loi de 1887 (art. 18 § 3, 19 § 2, 23 § 6) pour trancher les contestations en matière d'assurance. La compétence de l'autorité administrative s'étend aux contestations qui peuvent s'élever entre la caisse d'assurance, d'une part, et les patrons, d'autre part, ainsi que dans les contestations qui surgissent entre les caisses d'assurance instituées ou reconnues par la loi de 1887 et d'autres établissements d'assurance. La décision rendue par cette autorité dans ce cas est susceptible de recours devant

le Ministre de l'Intérieur. C'est donc l'application pure et simple du droit de surveillance que l'Etat se réserve à lui-même d'exercer dans l'assurance ouvrière.

Un dernier cas consistait dans les contestations survenues entre les assurès et leurs patrons au sujet du calcul de retenue à effectuer sur le salaire pour le paiement de la part contributive ouvrière d'assurance. C'était l'*autorité administrative de première instance* qui était compétente pour statuer dans ce cas.

Depuis la loi du 21 août 1917 ce dernier cas en matiere de contestations a cessé d'exister, puisque, comme nous l'avons vu, toute contribution incombe dorénavant aux patrons, qui, en outre n'ont aucun droit à effectuer la retenue sur le salaire de l'assuré.

Section II

Assurance Ouvrière contre la Maladie

L'assurance contre la maladie en Dalmatie et Slovénie fut organisée d'une manière définitive par *la loi du 30 mars 1888.* Avant cette époque la question de l'assurance contre la maladie n'a été résolue que partiellement et insuffisament par quelque textes épars.

En premier lieu, le décret impérial du 18 février 1837 assurait aux ouvriers malades la gratuité des soins à l'hopital pendant quatre semaines aux frais de leur patron. Quelques lois spéciales qui se succédaient, telles que la loi sur les mines du 23 mai 1854, la loi industrielle du 20 décembre 1859 et enfin la loi industrielle du 15 mars 1883, apportaient de leur part quelques nouveaux éléments dans la solution de la question

de l'assurance-maladie, instituant des caisses minières et des caisses de maladie dans la petite industrie, ainsi que dans la grande. Toutefois ces textes, n'ont pas donné de résultats sérieux et le nombre des caisses d'assurance ainsi que le nombre des personnes assurées était minime. Aussi le besoin de rendre la législation plus générale en cette matière et de protéger la classe ouvrière d'une manière plus efficace se fait sentir bientôt et un projet de loi sur l'assurance obligatoire contre la maladie fut déposé en 1885, (en même temps que le projet de loi sur l'assurance contre les accidents du travail) et ce projet est devenu la loi du 30 mars 1888.

§ I. — *Domaine d'application de l'assurance.*

Dans son article 1er la loi du 30 mars 1888 détermine quatre catégories de personnes soumises à l'assurance obligatoire contre la maladie.

En premier lieu, ce sont les travailleurs soumis à l'assurance obligatoire contre les accidents du travail conformément aux dispositions de la loi du 28 décembre 1887.

Viennent ensuite tous les ouvriers et employés occupés dans les mines, soumises au régime minier, et dans les dépendances de ces mines.

Une troisième catégorie de personnes assujetties à l'assurance concerne les ouvriers et employés se trouvant occupés dans les entreprises soumises à la loi industrielle ou conduites industriellement.

Enfin, sont également soumis à l'assurance contre la maladie, les ouvriers et employés occupés dans les entreprises de chemins de fer et de navigation intérieure.

L'obligation de l'assurance s'étend, sans distinction d'âge et de traitement, à toutes les catégories de per-

sonnes visées. Ainsi les apprentis, volontaires et auxiliaires sont assimilés aux ouvriers et employés et sont soumis à l'obligation de l'assurance.

Déterminant ainsi le champ d'action de l'assurance contre la maladie, la loi de 1888 ne s'oppose pas à l'extension de l'assurance aux autres catégories de personnes non soumises à l'obligation de cette assurance; elle permet, au contraire, à certaines d'entre elles de participer volontairement à l'assurance contre la maladie. Ce droit de participation à l'*assurance à titre facultatif* est accordé d'abord aux patrons, ouvriers et employés dans les exploitations agricoles et forestières, à condition que les ouvriers et employés y consentent (art. 3 § 2 loi 1888.)

Une deuxième catégorie de personnes qui peuvent s'assurer contre la maladie est celle des travailleurs à domicile. Ces personnes qui travaillent chez elles soit seules, soit avec le concours des membres de leur famille pour le compte d'autrui, peuvent s'affilier à leur grè à l'assurance.

Par contre, pour certaines autres catégories de personnes, la loi de 1888 à jugé nécessaire de les exclure de l'assurance contre la maladie ; ces personnes n'ont, en effet, aucun besoin des secours prévus par la loi, puisqu'elles sont pourvues de ressources sous la forme d'appointements fixes qu'elles reçoivent régulièrement mêmes lorsqu'elles sont malades. Cette catégorie comprend les personnes occupées dans un service de l'Etat, d'une région, d'un district, d'une commune ou d'un établissement public. La loi de 1888 n'a pas reconnu non plus le droit de participer à l'assurance aux personnes occupées dans les entreprises de navigation ou de pêche maritime, parce que la situation particulière des gens de mer ne permettait pas de leur appliquer telle qu'elle la législation sociale générale et un texte spécial devait

être crée à cet effet. Ce texte fut crée par la loi du *11 février 1913* qui met fin à l'exclusion des gens de mer de l'assurance contre la maladie. (1)

La loi de 1888 exclut encore de l'assurance contre la maladie les personnes, qui exercent un travail en l'absence de tout caractère professionnel, ainsi que les détenus.

Bien que le législateur ait pris soin de déterminer les catégories des personnes assujetties à l'obligation de l'assurance contre la maladie, il n'a pas pu se montrer rigide et, en tenant compte des usages locaux, il prévoit une mesure permettant aux personnes soumises à l'assurance obligatoire d'être *dispensées* de l'assurance, lorsqu'elles se trouvent en cas de maladie suffisamment protégées par d'autres moyens que ceux de la loi de 1888.

C'est dans l'article 4 de la loi de 1888 que cette question est réglée. Cet article autorise, en effet, les autorités administratives de première instance à dispenser de l'assurance obligatoire les personnes qui y sont soumises, si en cas de maladie elles sont soignées dans la famille de leur patron pendant vingt semaines ou si elles n'ont aucun besoin des ressources qui doivent être fournies par l'assurance, parce qu'elles ont le droit de réclamer et de recevoir leur salaire même pendant la durée de leur maladie.

(1) Dans l'article 1er cette loi édicte l'obligation de l'assurance contre la maladie pour toutes les personnes occupées au service direct de la navigation et du commerce maritime, à l'exception de celles qui peuvent participer à d'autres institutions de prévoyance. Cette extension de l'obligation de l'assurance se trouve plus générale en ce qui concerne les entreprises de la petite navigation et de la pêche maritime (comprenant les bâtiments d'une jauge au dessous de cinquante tonneaux bruts et qui ne sont pas munis d'un moteur mécanique ou à vapeur), car les patrons exploitant ces entreprises sont obligés de participer, eux aussi, à l'assurance lorsqu'il font partie de l'équipage.

Toutefois, l'autorité compétente ne doit procéder à cette dispense qu'après une enquête et après avoir obtenu le consentement des intéressés.

Cette dispense ne pouvait être applicable aux apprentis selon la loi de 1888 et pour admettre les apprentis aux bénéfices de cette mesure visant la dispense de l'assurance obligatoire, le législateur a dû intervenir par *une loi du 4 avril 1889* permettant aux autorités administratives de première instance de dispenser de l'assurance obligatoire les apprentis qui ont droit en cas de maladie, pendant vingt semaines au moins, à la gratuité du traitement et des soins médicaux aux frais de leur patron.

§ 2. — *Objet de l'assurance.*

L'objet de l'assurance contre la maladie, tel qu'il est prévu par l'art. 6 de la loi du 30 mars 1888 est :

A/ d'accorder aux assurés malades des secours ;

B/ d'allouer une indemnité funéraire aux ayants droit des assurés décédés.

A/ Comme minimum des secours accordés aux assurés malades la loi prévoit :

1° le traitement médical et la fourniture des médicaments et d'autres secours thérapeutiques, le tout à titre gratuit et à partir du commencement de la maladie. (1)

2° Si la maladie a une durée de plus de trois jours et empêche l'assuré malade de travailler, un secours pécuniaire quotidien doit lui être alloué par la caisse d'assurance à partir du premier jour de la maladie. Le

(1) L'accouchement étant assimilé par le législateur à la maladie, les assurées en cas d'accouchement ont droit aux secours visés ci-dessus.

secours pécuniaire s'élève à 60 pour cent du salaire moyen des ouvriers assujettis à l'assurance obligatoire dans la circonscription de la caisse de district compétente et doit être alloué pendant toute la durée de la maladie ou, si elle se prolonge, au moins pendant les premières vingt semaines.

Les personnes soumises à l'obligation de l'assurance ont droit en cas de maladie, à ces secours à partir du jour où elles sont inscrites comme membres de la caisse. Quant aux membres de la caisse qui se sont affiliés volontairement, leur droit au secours ne commence qu'à l'expiration d'un délai fixé par les statuts de la caisse. (1)

Toutefois les statuts peuvent frapper de déchéance totale ou partielle du secours pécuniaire tout assuré qui a provoqué sa maladie soit intentionnellement, soit par ivresse ou rixes.

Si la maladie résulte d'un accident, l'assuré a droit aux secours dans les conditions indiquées et c'est la caisse d'assurance ouvrière contre la maladie qui doit lui fournir ces secours. Mais, en ce qui concerne le secours pécuniaire, la caisse d'assurance contre la maladie après avoir alloué régulièrement à l'assuré en question son secours pécuniaire pendant les premières quatre semaines, n'y plus tenue de le faire parce qu'à partir de la cinquième semaine c'est la caisse d'assurance contre les accidents qui doit s'en occuper (2).

(1) Au minimum de quatre et au maximum de huit semaines après la déclaration d'affiliation.

(2) C'est au moyen de cette disposition que le législateur autrichien combine ces deux branches d'assurance qui se completent non seulement par le but qu'elles se proposent : secourir l'assuré malade ou victime d'un accident, mais encore par le fait que les accidents légers, dont les conséquences ne dépassent pas la durée de quatre semaines rentrent dans le cadre de l'assurance maladie.

Toutefois, si la caisse de maladie continue d'allouer le secours pécuniaire à l'assuré en question, elle est autorisée à exiger de la caisse d'assurance contre les accidents le remboursement des frais effectués à cette occasion.

Aux secours médicaux et pharmaceutiques ainsi qu'au secours pécuniaire de maladie distribués dans les conditions que nous connaissons, le traitement et l'entretien de l'assuré malade à l'hôpital pourraient lui être substitués.

Les frais occasionnés par l'hospitalisation sont à la charge de la caisse de maladie jusqu'à concurrence du montant fixé par le tarif de dernière classe.

Mais quelque soit le cas qui puisse se présenter, le droit aux secours est incessible et insaisissable, car comme il s'agit avant tout d'assurer à l'ouvrier malade la faculté d'améliorer son état de santé et de reprendre son travail au plutôt possible, le législatenr n'a pas consenti que ce droit puisse être l'objet d'une cession ou d'une saisie. Pour la même raison le législateur déclare que ni les patrons ni les caisses ne peuvent s'affranchir de leurs obligations à cet égard par des conventions particulières conclues avec les assurés.

La loi du 11 fèvrier 1913 sur l'extension de l'assurance contre la maladie aux entreprises de navigation et de pêche maritime et sur les soins à donner en cas de maladie aux personnes occupées dans ces entreprises, a apportè quelques nouvelles dispositions en ce qui concerne l'objet de l'assurance contre la maladie.

La loi de 1913 prèvoit trois cas qui peuvent se prèsenter dans la maladie d'une personne assurèe faisant partie de l'èquipage d'un bâtiment. Cette personne peut-être malade pendant qu'elle reste avec le batîment dans son port d'attache ou bien elle tombe malade à bord, au cours d'un voyage, ou bien encore elle est malade

pendant son séjour à l'étranger soit qu'on l'y ait débarquée pour cause de maladie soit que le batiment y séjourne.

Dans le premier et le troisième cas, les dispositions de la loi fondamentale sont applicables c'est-à-dire c'est la caisse d'assurance contre la maladie, qui doit s'occuper du malade et lui fournir les secours nècessaires à partir du jour où la maladie est dèclarèe ou de celui du dèbarquement de l'assurè malade pour cause de maladie A l'assurè malade dèbarquè à l'ètranger, la caisse d'assurance, au lieu et place des secours mèdical et pharmaceutique, doit accorder une indemnitè de maladie majorèe, s'èlevant au montant de l'indemnitè totale lègale de maladie, si le dèbarquement a eu lieu dans un port d'outre mer ou dans un port européen du Levant, et à la moitiè du montant de cette indemnité dans tous les autres cas.

La caisse de maladie s'acquitte des obligations qui lui incombent vis-à-vis de l'assuré à l'étranger par l'intermédiaire de l'office consulaire compétent, qui, renseigné par le commandant du batîment sur le droit de l'assuré débarqué a l'indemnité et a son montant, doit avancer au malade l'indemnité de maladie. La caisse une fois informée par l'office consulaire de l'allocation de cette indemnité, doit lui en effectuer le remboursement. Au cas où l'office consulaire n'existe pas au port du débarquement de l'assuré malade, le commandant du batîment, qui est obligé d'y effectuer le débarquement de ce malade, doit lui avancer une somme égale au moins à l'indemnité de maladie à laquelle l'assurè a droit jusqu'a l'èpoque probable de l'intervention de l'office consulaire le plus proche informé du cas. La somme ainsi avancée par le commandant doit lui être remboursée par la caisse des maladie.

Tant que reste dans un port étranger l'assuré malade,

l'office consulaire compétent doit veiller par l'intermédiaire d'un médecin de confiance (médecin consulaire) à ce que le malade soit soigné. Les frais de ce service et du traitement de l'assuré sont à la charge de la caisse de maladie.

En ce qui concerne le deuxième cas (l'assuré tombe malade à bord pendant le voyage) c'est l'armateur ou l'entreprise d'armement, qui est tenu de soigner gratuitement le malade. Ces soins comprennent le traitement gratuit par le médecin du navire, s'il en existe un à bord, et la fourniture des médicaments et autres accessoires thérapeutiques nécessaires, lorsqu'il en existe à bord ou qu'il est possible de se les procurer pendant le voyage.

L'armateur ou l'entreprise d'armement doivent également supporter les frais provoqués par la maladie d'un assuré, qui pendant son séjour dans un port étranger est soumis à terre à un traitement médical qui ne l'empêche par de continuer la route avec le même batîment.

Des modifications beaucoup plus importantes furent apportées au texte fondamental en matière d'assurance contre la maladie par *l'ordonnance du 4 janvier 1917*. Rendue en vertu de l'article 14 de la Constitution, cette ordonnance sous l'influence de la guerre s'inspire des préoccupations particulières en faveur de la classe ouvrière en ce qui concerne le montant du secours pécunière de maladie et la durée des secours à allouer.

Pour déterminer le montant des secours pécuniaire, l'ordonnance (art. 7) repartit les assurés en onze classes suivant le taux de leur salaire et fixe (art. 2 et 9) pour la première classe le secours pécuniaire de maladie à 0.60 couronne par jour au minimum et à 5.50 cour. au maximum. Les neuf autres classes se trouvent entre ces deux limites.

Quant à la durée de l'allocation des secours de maladie,

l'ordonnance la fixe à vingt six semaines au minimum et à une année au maximun.

Les assurées en couches se trouvent les bénéficiaires d'un secours pécuniaire égal au secours de maladie, pendant toute la période durant laquelle elles ne peuvent pas se livrer à un travail salarié ; cela toutefois sans dépasser la durée de six semaines à dater du jour de l'accouchement.

En outre, les assurées accouchées qui allaitent elles-mêmes leur enfant ont droit à une allocation égale à la moitié du secours pécuniaire de maladie jusqu'à l'expiration de la douzième semaine après l'accouchement quel que soit le montant du secours pécuniaire de maladie ou d'accouchement auquel elles ont droit.

B. En ce qui conserne les ayants droit des assurés décédés, nous avons eu l'occasion de voir que la loi de 1888 prévoit à leur profit une indemnité pécuniaire pour les frais d'enterrement. Le montant de cette indemnité est égal à vingt fois au moins le salaire quotidien moyen de l'assuré décédé et à cinquante florins au maximum.

L'ordonnance du 4 janvier 1917 intervient également sur ce point et fixe l'indemnité funéraire à trente fois le salaire quotidien moyen sans que cette indemnité puisse être inférieure à 60 couronnes.

§ 3. — *Organe de l'assurance.*

Nous avons vu que le législateur autrichien organise l'assurance accidents au moyen des divers groupements territoriaux et professionnels et qu'a cet égard existent plusieurs organes. Ce régime de « morcellement » se trouve encore plus accentué dans la loi du 30 mars 1888 dans l'assurance-maladie.

En effet, les organes chargés de réaliser l'assurance contre la maladie sont les suivants :

1° les caisses de district ;
2° les caisses de fabrique ;
3° les caisses d'entreprises de construction ;
4° les caisses de corporation ;
5° les caisses de sociétés de secours ;
6° les caisses fraternelles (minières).

1° *Caisses de district.* — Ces caisses fondées par loi de 1888 sur le principe de la mutualité sont en général instituées dans chaque circonscription judiciaire, au siège du tribunal du district. Toutefois, la loi de 1888 permet, en raison des conditions spéciales de certains districts, d'instituer une seule caisse pour plusieurs districts ou plusieurs caisses pour un seul district.

Font partie de la caisse de district :

a/ les personnes soumises à l'assurance obligatoire contre la maladie occupées dans le ressort de la caisse et qui ne sont pas membres d'une des autres caisses d'assurance contre la maladie ;

b/ les personnes qui, cessant l'emploi qui motivait l'obligation de l'assurance, sans s'affilier à une autre caisse, continuent de rester dans le ressort de la caisse et à payer les cotisations qui leur incombent ;

c/ les personnes, ayant moins de 35 ans d'âge et qui n'étant pas assujetties à l'obligation de l'assurance, s'affilient à la caisse de district.

Les personnes des deux premières catégorie deviennent membres à partir du jour où elles sont occupées par le travail qui les soumet à l'assurance obligatoire, tandis que les personnes de la troisième catégorie ne le deviennent qu'à dater du jour de la déclaration effectuée. (1)

(1) En ce qui concerne les personnes faisant partie d'un équipage de navire, elles appartiennent à la caisse d'assurance de district de la circonscription dans laquelle se trouve le port d'attache du navire (l. du 11 février 1913).

La caisse d'assurance de district est reconnue personne morale et elle peut en son propre nom acquérir des droits, contracter des obligations et ester en justice.

Les caisses de district peuvent se grouper en associations ayant pour objet de s'occuper des questions qui intéressent l'ensemble des caisses réunies.

Le fonctionnement de la caisses est assuré : par le comité directeur, dont la gestion est contrôlée par une commission de surveillance, et par l'assemblée générale de la caisse.

Le comite directeur est élu par l'assemblée générale et choisi parmi les membres de la caisse et les patrons qui ont droit à un nombre de voix proportionnel à leur part contributive, sans que ce nombre toutefois puisse dépasser le tiers du total.

Le comité désigne dans son sein un président et un vice président, élus pour une période de deux ans.

Le comité s'occupe, en général, de représenter la caisse en toutes circonstances et d'expédier les affaires que les statuts ne réservent point à l'assemblée générale de la caisse.

Les fonctions de membre du comité sont exercés gratuitement.

L'Assemblée Générale est composée des assurés ou de leurs délégués élus par les membres de la caisse et parmi eux. Les patrons sont également représentés dans l'assemblée générale comme au comité directeur.

L'assemblée générale est convoquée régulièrement une fois par un et à titre exceptionnel suivant les besoins. L'assemblée générale, dont le président est celui du comité directeur, délibère en présence de trente de ses membres au moins et les décisions sont prises à la majorite absolue des voix.

Les attributions de l'assemblée générale sont indi-

quées par les articles 17 et 40 de la loi de 1888 de la manière suiuante :

Nominations du comite directeur et de la commission de surveillance ; approbation du compte annuel ; droit de poursuivre, au nom de la caisse, les membres du comité directeur ou de la commission de surveillance en raison de leurs fonctions ; droit de modifier les statuts de la caisse et enfin pouvoir de statuer sur la dissolution de la caisse.

La commission de surveillance est composée d'un nombre de membres divisible par trois. Elle est chargée de contrôler la gestion de la caisse, d'en vérifier les livres et les documents, d'en examiner le compte annuel et de faire ensuite sur tous ces points un rapport à l'assemelée générale.

La caisse d'assurance de district peut être dissoute par l'autorité administrative de province si le nombre des membres reste inférieur à 100 ou si le compte annuel de la caisse accuse l'insuffisance des moyens pour faire face à des obligations de la caisse ou, enfin si l'assemblée générale de la caisse en vote la dissolution.

2. — *Caisses de Fabrique.* Les caisses de fabrique sont des organes de l'assurance instituées par la loi de 1888 pour les personnes, au nombre de cent au moins, occupées dans une même entreprise, au service d'un même patron. L'institution d'une de ces caisses est une obligation pour le patron, si l'entreprise fait courir des risques spéciaux à la santé des personnes qui y sont occupées, lors même que le nombre de ces personnes est inférieur à cent.

La loi permet également la création d'une de ces caisses aux entreprises qui, bien qu'occupant moins de cent personnes, donnent des garanties suffisantes pour le fonctionnement régulier de la caisse.

L'autorisation de créer une caisse de fabrique est donnée par l'autorité administrative régionale.

Les membres de la caisse de fabrique sont les personnes qui y étant occupées sont soumises à l'obligation de l'assurance et ne font pas partie d'une autre caisse de maladie. Ces personnes deviennent membres de la caisse de fabrique à partir du jour de leur entrée au service et elles ne peuvent quitter leur caisse de fabrique tant qu'elles travaillent dans l'entreprise.

Quant aux organes de la caisse de fabrique, leur fonctionnement et leurs attributions, la loi de 1888 renvoie, à cet égard aux dispositions qui régissent les caisses de district (1).

Les caisses de fabriques peuvent être dissoutes par l'autorité administrative régionale dans l'un des quatre cas suivants :

si l'entreprise, pour laquelle la caisse est instituée, cesse d'exister ;

si le nombre des membres reste inférieur à un minimum fixé ;

si le patron n'assure pas la régularité de la comptabilité et la bonne gestion de la caisse ; enfin

si l'assemblée générale vote la dissolution de la caisse, d'accord avec le patron.

3. — *Caisses d'entreprises de construction.* Ce sont les caisses de maladie organisées par les chefs d'entre-

(1) A ces caisses de fabrique la loi de 1888 assimile les caisses existant déjà, telles que les caisses de maladie crées par la loi industrielle du 20 décembre 1859 (art. 85) ; les caisses crées par les patrons, visées dans l'article 89 de la loi du 8 mars 1885 ; les caisses ouvrières instituées dans les établissements de l'Etat ainsi que les caisses de secours crées dans les entreprises de chemins de fer et de navigation à vapeur affectées à un service public, mais non administrées par l'Etat. Toutefois cette assimiliation est soumise à certaines conditions, telles que la modification des statuts de ces caisses conformément aux dispositions de la loi de 1888, le paiement des cotisations dans les limites fixées par cette loi etc...

prises en cas d'exécution des travaux d'un caractère temporaire, qui ont une longue durée et occupent un nombre important d'ouvriers (les travaux de routes, canaux, fleuves, digues etc...)

D'une manière générale, les caisses d'entreprises de construction sont analogues aux caisses de fabrique et l'organisation administrative de ces caisses est la même que celle des caisses de fabrique. Aussi l'institution de ces caisses ne peut être justifiée que par l'intention du législateur de décharger les autres caisses (en particulier, celle de district) des risques spéciaux inhérents aux travaux visés plus haut.

4. — *Caisses de corporation.* Les caisses de corporation étaient instituées par application du titre VII de la loi industrielle du 20 décembre 1859 (modifiée par la loi du 15 mars 1883) dans le but de venir en aide, en cas de maladie, aux personnes qui en font partie. Dès lors, les membres de ces caisses étaient dispensés par le législateur de 1888 d'appartenir à une caisse de district, de fabrique, de construction ou de société, si la caisse de corporation adaptait ses statuts, en ce qui concerne les secours, le droit aux secours, les cotisations et la pénalité, aux dispositions de la loi du 30 mars 1888.

En ce qui concerne le fonctionnement, les attributions et l'organisation, les caisses de corporations sont assimilées aux caisses de fabriques.

5. — *Caisses de sociétés de secours.* C'est par la loi du 26 novembre 1852 que les caisses de société de secours furent créees. Ayant pour objet de secourir les personnes qui en font partie, la loi du 30 mars 1888 a pu sans grandes difficultés reconnaître aux caisses de secours le caractère d'organes de l'assurance contre la maladie, moyennant leur engagement d'apporter dans

leur statuts certaines modifications qui sont plus ou moins identiques à celles énumérées plus haut pour les caisses de corporation.

6. — *Caisses minières.* Les caisses fraternelles (minières) sont instituées et régies par des dispositions de la législation minière. Elles ont pour objet de secourir les mineurs en cas de maladie et d'invalidité. Toutefois la loi du 30 mars 1888 utilise les caisses minières en organes d'assurance contre la maladie, à condition qu'elles modifient leurs statuts conformément à la loi de 1888 en ce qui concerne le montant des secours à allouer en cas de maladie.

§ 4. — *Ressources de l'Assurance.*

Les ressources, qui permettent aux organes de l'assurance contre la maladie de répondre aux obligations qui leur incombent, sont : le droit d'entrée, les cotisations et les emprunts éventuels au fonds de réserve.

1. — *Le droit d'entrée.* Le droit d'entrée n'est exigé par la caisse d'assurance que des personnes qui adhèrent volontairement à l'assurance, les membres soumis à l'obligation de l'assurance en étant dispensés.

Le montant de ce droit n'est pas fixé par la loi ; elle laisse ce soin aux statuts de la caisse, mais en tous cas il doit atteindre au moins le montant intégral des cotisations de six semaines.

Ce droit d'entrée doit être versé au fonds de réserve de la caisse.

2. *Les cotisations.* — Parmi les ressources de l'assurance contre la maladie les plus importantes sont celles des cotisations. Les cotisations, en général, sont payées pour une part par les assurés et pour le reste par les patrons. La part de l'assuré n'est pas fixée par la loi de

1888. Elle se contente de déterminer un maximum qui ne doit pas être dépassé et qui est égal à trois pour cent du salaire qui sert de base au calcul du secours pécuniaire. En ce qui concerne la part contributive du patron, la loi prescrit que cette part doit être égale à la moitié de la part contributive de l'assuré si celui-ci est assujetti à l'obligation de l'assurance. En d'autres termes, le patron supporte un tiers et l'assuré obligatoire les deux tiers du montant intégral de la cotisation. Si l'assuré n'est pas soumis à l'obligation de l'assurance ou si l'assuré touche un salaire supérieur à 1200 florins (2400 couronnes) par an, c'est l'assuré lui-même qui doit payer de ses deniers la cotisation totale, sans avoir droit au concours de son patron. Au contraire, pour l'assuré soumis à l'obligation de l'assurance et qui ne touche aucun salaire en argent, la cotisation est dans sa totalité à la charge du patron.

Le taux de cotisation est fixé par les statuts de la caisse. En cas d'insuffisance constatée du taux en vigueur, une augmentation de ce taux est permise par la loi, en ce qui concerne la part qui est à la charge des membres assujettis à l'obligation de l'assurance. L'augmentation est décidée par les représentants des patrons et des assurés réunis dans l'assemblée générale (lesquels délibèrent et votent séparément) à la majorité des trois quarts des membres présents pour chacun des deux groupes.

De même, la loi permet que le rapport de la part des assurés obligatoires à la part des patrons puisse être modifié par l'assemblée générale, dans les conditions indiquées pour le taux de cotisation, au profit des assurés.

Si les statuts de la caisse, lors de sa création prévoient l'allocation de secours dont le montant est supérieur à celui fixé par la loi comme minimum légal, les cotisa-

tions ne doivent pas être fixées à plus de deux pour cent du salaire de base et en aucun cas ne peuvent dépasser trois pour cent.

Pour assurer le fonctionnement régulier de la caisse en lui permettant de se tenir au courant du chiffre exact des personnes assurées ainsi que des cotisations qu'elles sont tenues de verser à la caisse, la loi de 1888 édicte l'*obligation de déclarer l'entrée et la sortie.*

Ces déclarations sont effectuées par les patrons pour les personnes qui sont assujetties à l'obligation de l'assurance ou par les assurés eux-mêmes s'ils se sont affiliés volontairement à la caisse d'assurance (1).

Le recouvrement de cotisations se fait par les patrons, sauf en ce qui concerne les assurés affiliés volontairement, qui versent eux-mêmes leurs cotisations à la caisse.

Les patrons sont tenus, aux dates fixées par les statuts de la caisse, de verser leur part contributive ainsi que celle des personnes occupées par eux et soumises à l'obligation de l'assurance. Pour cette dernière part, les patrons ont le droit de retenir lors de chaque paie régulière sur le salaire de leurs ouvriers, la part contributive de ceux-ci, part qu'ils avaient eux-mêmes préalablement déboursée. La retenue doit porter sur la période pour laquelle la paie a lieu. Si le patron ne fait pas usage de

(1) Les déclarations d'entrée effectuées par les patrons, doivent avoir lieu dans les trois jours qui suivent l'entrée de l'assuré au service du patron. Si le patron néglige d'effectuer la déclaration d'entrée dans le délai indiqué, il est passible d'une amende de dix florins par déclarations omise. En outre le patron négligent doit rembourser à la caisse, les dépenses résultant pour elle des secours éventuels alloués à la personne non déclarée ou déclarée tardivement.

Les déclarations de sortie doivent être effectuées par le patron pour tout ouvrier qui l'aurait quitté, dans les trois jours qui suivent son départ. Si la déclaration est omise, les cotisations resteront dues par le patron tant que la déclaration ne sera pas effectuée.

son droit qu'il possède de se faire rembourser au moment de la paie, il ne peut plus par voie de rétroactivité exercer ce droit ultérieurement, si plus d'un mois s'est écoulé depuis la paie sur laquelle il voudrait faire porter la retenue. L'inobservation de cette prescription est sanctionnée par une amende de 250 florins au maximum.

Les cotisations en retard sont perçues par voie administrative. Si faute de travail les personnes assurées obligatoirement ne peuvent pas payer les cotisations qui leur incombent, elles restent membres et conservent leur droit aux secours tant que leur part de fonds de réserve suffit pour payer les cotisations statutaires. Toutefois dans ce cas la participation à l'assurance est limitée à une durée de six semaines au maximum.

Dans certains cas, la loi prévoit le paiement de *cotisations supplémentaires*, dont le montant est égal à celui de la cotisation prévue par les statuts de la caisse. Le paiement des cotisations supplémentaires est imposé aux assurés qui ont fait tort à la caisse en simulant une maladie. C'est donc une pénalité contre ces membres, qui sont ainsi obligés de payer en sus de leurs cotisations ordinaires, une cotisatiou supplémentaire qui est à la charge personnelle de l'assuré responsable pendant le temps nécessaire exigé par la réparation du dommage causé.

La cotisation supplémentaire est appliquée sans préjudice des poursuites judiciaires qui pourraient être intentées par le comité directeur de la caisse contre les coupables.

3. *Les emprunts éventuels au fonds de réserve.* — S'il ressort des comptes de fin d'année que les recettes d'une caisse ne suffisent pas à faire face à ses obligations, l'administration de la caisse, après avoir procédé, s'il y avait lieu, à une élévation des cotisations jusqu'à

concurrence du maximum légal ou d'une réduction des secours jusqu'au minimum légal, peut s'adresser au fonds de réserve pour la secourir.

Le fonds de réserve est constitué conformément à l'article 27 de la loi de 1888 qui exige que chaque caisse de district se constitue un fonds de réserve en prélevant, au minimum, deux dixièmes des cotisations annuelles. Si la caisse appartient à une association de caisses, elle doit participer à la constitution du fonds de réserve de l'association et affecter à cet effet une fraction du prélèvement effectué, fraction qui est déterminée par l'assemblée générale de l'association ; le reste du prélèvement sert à la formation du fonds de réserve de la caisse elle-même et le fonds doit atteindre le double de la dépense annuelle moyenne au minimum. Si la caisse ne fait pas partie d'une association, le prélèvement annuel intégral est affecté à la constitution du fonds de réserve de la caisse.

Le fonds de réserve est alimenté en outre par des amendes et droits d'entrée. Les amendes sont versées directement par les condamnés. En ce qui concerne les droits d'entrée, ils sont versés au fonds de réserve de la caisse dans les conditions que nous connaissons. (1)

§ 5. — *Règlement des contestations*

Les contestations qui peuvent surgir à l'occasion du fonctionnement de l'assurance-maladie, quant à leur nature, peuvent être ramenées au même nombre des

(1) La loi du 30 mars 1888 avait prescrit dans son article 28 le calcul, à la fin de chaque année de la part du fonds de réserve revenant à chaque membre, afin de permettre le transfert de cette part dans une nouvelle caisse si le membre désirait plus tard y adhérer. Devant les difficultés qui résultaient de l'application de cette disposition, la loi du 4 avril 1889 l'a abrogée par son art. 2.

groupes que nous avons vu dans l'assurance-accidents.

En effet, ces contestations peuvent surgir soit entre la caisse d'assurance et les patrons, soit entre les caisses d'assurance elles-mêmes, soit, enfin, entre la caisse d'assurance et l'assuré, membre de celle-ci.

Par suite de cette analogie, la loi de 1888 ne confère la compétence pour statuer sur ces contestations qu'aux mêmes autorités déjà pourvues de cette compétence par la loi de 1887 en matière d'assurance-accidents. Ainsi donc, nous trouvons l'autorité administrative de première instance compétente pour la solution des contestations entre la caisse d'assurance et les patrons, l'autorité administrative régionale compétente dans les contestations entre les caisses d'assurance elles-mêmes; enfin, le tribunal arbitral compétent pour les contestations entre l'assuré et la caisse d'assurance.

Ces autorités dans l'exercice de leurs attributions en cette matière procèdent de la manière que nous avons indiquée dans l'exposé de la loi de 1887, dont les dispositions sont également adoptées par la loi de 1888.

CHAPITRE II

Assurance ouvrière contre la Maladie et les Accidents du Travail en Batchka, Banat, Barania, Croatie et Slavonie

Le deuxième groupe des pays, dont les textes législatifs en matière d'assurance ouvrière feront l'objet de ce chapitre, comprend la Batchka, le Banat, la Barania, la Croatie et la Slavonie.

Pendant que ces pays faisaient partie de l'Empire austro-hongrois, c'est la législation hongroise qui fut appliquée d'une manière générale.

En ce qui concerne plus particulièrement la législation en matière d'assurance ouvrière, ces pays n'en furent dotés que quelques années après que l'assurance ouvrière en Dalmatie et en Slovénie eut été organisée par le législateur autrichien. Ce retard peut s'expliquer par ce fait que le gouvernement hongrois redoutait les charges financières qui pourraient résulter de l'assurance obligatoire et par suite gêner le développement de l'industrie et de la vie économique en général ; d'autre part, le gouvernement a voulu attendre le résultat obtenu dans les pays où l'assurance ouvrière était déjà en pratique.

C'est par la loi du *14 avril 1891* portant sur l'assistance en cas de maladie des personnes occupées dans

les entreprises industrielles et les fabriques, que le législateur hongrois est intervenu pour la première fois en matière d'assurance ouvrière. Mais, cette intervention ne fut pas suffisante. D'une part, elle ne s'appliquait qu'aux certaines catégories de la classe ouvrière ; d'autre part, elle ne visait que le risque de maladie. Pour remédier à cet état de choses, l'élaboration d'une nouvelle loi s'imposait d'autant plus vivement que les dispositions de la loi du 14 avril 1891 (loi présentant de très nombreuses analogies avec la loi du 30 mars 1888, appliquée en Dalmatie et en Slovénie) provoquaient de vives critiques, puisqu'elles ne tenaient pas suffisamment compte des conditions propres des pays où elles étaient appliquées ; la loi de 1891, par conséquent, remplissait mal son rôle.

L'élaboration de la nouvelle loi fut assez longue. Après divers projets et des discussions nombreuses et abondantes une loi fut créée portant sur l'assurance des travailleurs de l'industrie et du commerce contre la maladie et les accidents du travail. Cette loi fut sanctionnée le *6 avril 1907*, promulguée trois jours après et mise en vigueur le 1er juillet suivant.

C'est donc cette loi que nous nous proposons d'exposer brièvement, en ses dispositions principales, pour faire connaître le régime existant en matière d'assurance ouvrière en Batchka, Banat, Barania, Croatie et Slavonie, avant le régime institué par le décret-loi du 27 juin 1921.

§ 1. — *Domaine d'application de l'assurance*

A. *Assurance contre la maladie.* — La loi de 1907 dans son article 1er oblige à l'assurance contre la maladie toutes les personnes, sans distinction de sexe, d'âge ni de nationalité, qui sont employées, soit à titre perma-

nent, soit à titre provisoire, moyennant un traitement ou un salaire n'excédant pas 2.400 couronnes par an ou 8 couronnes par jour. Les apprentis, les volontaires et toutes autres personnes, qui ne reçoivent aucun salaire ou sont payées au-dessous du taux ordinaire, sont également soumis à l'obligation de l'assurance.

Après avoir ainsi déterminé d'une manière générale les catégories de personnes soumises à l'assurance obligatoire, la loi de 1907 énumère toute une liste de travaux, dont l'exécution motive l'obligation de l'assurance contre la maladie. La liste de ces travaux est la suivante :

1° Les professions soumises à la loi industrielle de 1884, y compris les monopoles d'Etat et les entreprises qui s'y rattachent, ainsi que les moulins et les débits de boissons compris parmi les petits droits régaliens ;

2° Les professions non soumises à la loi industrielle de 1884, mais qui sont exploitées d'une façon industrielle ou sous forme d'entreprise (bureaux techniques, agences, théâtres, pharmacies, établissements de traitement médical, etc...) ;

3° Les mines, usines, salins ou entreprises similaires, les industries où l'on transforme les produits de mines, les exploitations, établissements et travaux d'extraction de pierres, de sable, de cailloux et d'argile, ainsi que les entreprises de cassage ;

4° Les travaux de construction de routes, ponts, voies ferrées, tunnels, les travaux hydrauliques, la construction des digues, canaux, ports, les travaux de consolidation, l'installation de canalisations d'eaux, de gaz, d'éclairage et de transport de force électrique ;

5° La fabrication des substances facilement inflammables, insalubres ou toxiques, ainsi que des matières explosives et des détonateurs ;

6° Les laboratoires de chimie, de physique et de pharmacie ;

7° Les abattoirs et les glacières ;

8° Les entreprises de chemins de fer, quel que soit le mode de propulsion dans leurs fabriques et ateliers, les travaux de construction et d'entretien, les installations

postales, télégraphiques et téléphoniques, les travaux de construction et d'entretien de ces dernières ;

9° Les travaux de chargement et de construction de navire, y compris les restaurants installés ;

10° Les entreprises de dragage, de passage par bateaux ou par bac et de flottage ;

11° Les entreprises de camionnage, d'expéditions de magasinage et les chais ;

12° Les entreprises accessoires de la production agricole et forestière, de l'élevage, de la pisciculture, de l'horticulture et de la viticulture, de la sériculture et de l'apiculture, lors même qu'elles sont surtout consacrées à l'élaboration des matières premières qui leur sont propres ;

13° Les établissements publics;

14° Les entreprises au service de l'Etat, des municipes, des communes et des fondations, à l'exclusion des soldats occupés dans les établissements et exploitations militaires ;

15° Les ateliers des établissements d'enseignement public;

16° Les associations, sociétés, corporations industrielles et les caisses d'assurance.

La loi de 1907 (art. 7) prévoit, en outre, *l'assurance facultative* contre la maladie pour certaines catégories de personnes énumérées comme suit :

a) les personnes, occupées dans les entreprises ou services de l'Etat, des municipes, des communes et des fondations, ainsi que dans les établissements publics et dans les entreprises de chemins de fer et de navigation à vapeur, qui, d'après les règlements du service en vigueur, reçoivent leur traitement en cas de maladie pendant une durée de vingt semaines au moins. Toutefois les personnes de cette catégorie ne peuvent s'affilier à une caisse d'assurance contre la maladie, qu'à condition que leur traitement ne dépasse pas 1000 couronnes par an, y compris l'indemnité de logement, ou si leur salaire n'excède pas quatre couronnes par jour ;

b) les domestiques attachés à la personne ;

c) les industriels indépendants qui travaillent sans personnel auxiliaire ;

d) les manœuvriers ordinaires ;

e) les membres de la famille des assurés ;

f) les élèves des établissements d'enseignements dotés d'ateliers ;

g) les ouvriers et les domestiques agricoles ;

h) les individus internés dans des maisons de correction et les prisonniers occupés dans les ateliers des maisons de détention ;

i) les personnes qui, immédiatement avant l'entrée en vigueur de la loi de 1907 étaient assurées à titre facultatif depuis trois mois au moins auprès des caisses de maladie en vertu de la loi de 1891 ;

j) les personnes qui, étant soumises à l'assurance obligatoire contre les accidents, sont exemptées de l'obligation de l'assurance contre la maladie, pourvu que leur traitement ou revenu annuel n'excède pas 2.400 couronnes ou que leur gain quotidien ne dépasse pas 8 couronnes.

Toutes ces catégories de personnes, sauf les trois dernières, avant d'être admises à l'assurance, peuvent être soumises à un examen médical. En outre, des limites d'âge peuvent être assignées par les statuts des caisses d'assurance.

Après avoir déterminé les catégories des personnes assurées contre la maladie soit à titre obligatoire, soit à titre facultatif, la loi vise expressement les trois catégories de personnes *exemptées* de l'assurance contre la maladie :

1° les soldats occupés dans les établissements et exploitations militaires ;

2° le personnel de la navigation maritime et de la pêche maritime ;

3° les personnes occupées dans les entreprises ou services de l'Etat, des municipes, des communes et des fondations, ainsi que dans les entreprises des chemins de fer et de navigation à vapeur, dans les exploitations des postes, télégraphes et téléphones, à condition que, en cas de maladie, ces personnes reçoivent leur traite-

ment, (dont le montant doit excéder 1000 couronnes par an ou 8 couronnes par jour) pendant une durée de vingt semaines au moins à compter du début de la maladie.

B. *Assurance contre les accidents*

Le législateur de 1907 fixant le domaine d'application de l'assurance-accident a procédé de la même manière qu'en matière d'assurance-maladie et énumère les travaux, entreprises et exploitations dont l'exercice motive l'obligation de l'assurance. Seulement, le cadre qu'il établit pour l'assurance-accident est plus large par rapport à celui de l'assurance-maladie, car en y faisant rentrer pour la plupart des travaux dont l'exercice motive l'assurance-maladie, le législateur ajoute quelques autres catégories encore qui, par leur nature, présentent un degré assez élevé de danger pour la vie des travailleurs.

Ainsi, aux termes de l'article 3 de la loi 1907, sont soumises à l'assurance obligatoire, sans distinction de sexe, d'âge et quel que soit le montant de leur salaire ou de leur traitement, toutes les personnes employées dans les entreprises, exploitations ou travaux suivants :

1° mines, usines métallurgiques, salines ou autres établissements élaborant des produits minières, exploitations, établissements et travaux d'extraction de pierres, de sable, de cailloux et d'argile ;

2° établissements de constructions navales, de charpentes et scieries ;

3° toutes fabriques, lors même qu'elles sont exploitées comme branches d'industrie annexes de travaux visés à l'article 183 a de la loi de 1884 et qu'elles sont consacrées à l'élaboration des matières premières qui leur sont propres ; ainsi que tous ateliers industriels, pourvu que vingt personnes au moins y soient occupées à titre permanent ;

4° toutes entreprises et tous travaux de construction, y compris les travaux effectues non à titre industriel, mais à titre domestique, à l'exception des travaux de

réparation et des travaux affectés à une construction simple au niveau du sol qui sont effectués sans caractère professionnel ni autorisation de construire ;

5° travaux de routes, ponts, chemins de fer, tunnels, travaux hydrauliques, travaux de digues, canaux, ports, travaux de consolidation, d'installation de canalisation d'eau, de gaz, d'éclairage et de transport de force électrique ;

6° travaux de montage pour canalisations d'eau, éclairage au gaz ou à l'électricité, paratonnerres ;

7° travaux de nettoyage de rues, de maisons, d'égouts et de fenêtres ;

8° entreprises industrielles de ramonage, de forage de puits et de taille de pierres, de sculpture sur bois et sur plâtre ;

9° travaux de montage pour fenêtres, étages et ventilations, entreprises industrielles de menuiserie, ferblanterie, couverture en tuiles ou autres matières, forge, serrurerie, peinture en bâtiment, peinture décorative, tapisserie et vitrerie ;

10° fabrication et élaboration des produits inflamables, insalubres, ou toxiques explosifs ou détonateurs ;

11° corps de sapeurs-pompiers ;

12° laboratoires de chimie, de physique et de pharmacie ;

13° abattoirs, boucheries, charcuteries et glacières ;

14° établissements de fabrication de malt, d'huile, de laque, de couleurs et de vernis ;

15° toutes exploitations de chemins de fer, quelqu'en soit le mode de propulsion, leurs fabriques et ateliers, leurs travaux de construction et d'entretien et toutes exploitations industrielles exercées dans les gares (restaurants, magasins de vente etc.) ;

16° entreprises de navigations fluviale y compris les restaurants installés à bord, entreprises et travaux de toute nature relatifs au chargements et à la constuction des navires ;

17° entreprises de dragage, de passage par bateau ou par bac et de flottage ;

18° entreprises de camionnage, d'expédition et de magasinage et les chais ;

19° conduite des automobiles ;

20° exploitations postales, télégraphiques et téléphoniques, travaux de construction et d'entretien de ces exploitations ;

21° chantiers de bois et de charbon, production industrielle de bois ;

22° installation de pompes de sociétés de régularisation et d'utilisation des eaux ;

23° établissements de traitement mécical ;

24° ateliers des établissements publics d'enseignement;

25° entreprises qui occupent des individus internés dans des maisons de correction ou de détention;

26° toutes entreprises, sans distinction du nombre des ouvriers occupés, qui font usage des machines mues par une force élémentaire ou par de chaudières à vapeur et qui sont soumises à une autorisation officielle.

Cette liste n'est pas arrêtée d'une manière définitive et la loi de 1907 autorise le ministre du commerce à étendre, d'accord avec le ministre compétent, par voie d'ordonnance, l'obligation de l'assurance contre les accidents, à toutes autres exploitations, entreprises et travaux dont le personnel est exposé à des risques d'accidents. Mais l'ordonnance rendue en pareil cas, ainsi que toute modification à y apporter, doit être présentée au Parlement.

Notons en outre que l'obligation de l'assurance est imposée au personnel des exploitations, travaux et entreprises visés par la loi dans l'énumération précitée, sans qu'il y ait lieu de distinguer que le personnel est occupé par l'Etat, les municipes, les communes et les fondations ou par les particuliers.

Comme en matière d'assurance contre la maladie, la loi de 1907 permet *l'assurance facultative* également dans l'assurance contre les accidents.

En premier lieu, peuvent s'assurer volontairement contre les accidents du travail, toutes les personnes autorisées à s'assurer volontairement contre la maladie,

pourvu que leur revenu ou leur rémunération annuelle n'excède point 2400 couronnes.

Après cette autorisation générale, la loi vise expressément trois autres catégories de personnes, qui peuvent bénéficier de l'assurance contre les accidents. Ce sont :

a) les propriétaires, eux-mêmes, des entreprises soumises à l'assurance obligatoire ;

b) les travailleurs, qui ne sont pas assujettis à l'obligation de l'assurance en vertu de la loi de 1907 ; enfin

c) les autres personnes qui circulent dans l'établissement à titre régulier ou professionnel.

Les personnes de ces deux dernières catégories peuvent être assurées par le propriétaire de l'établissement. Leur assurance ne commence que le jour de la déclaration et dure jusqu'à la fin de l'année dans laquelle la cessation de cette assurance est déclarée. L'assurance prend fin dès que l'exploitation cesse ou qu'il survient un changement dans la personne du propriétaire de l'exploitation, à moins que, dans ce dernier cas, le nouveau propriétaire n'annonce le maintien de l'assurance, dans un délai de quinze jours à compter de la modification survenue.

Sont *exemptés* de l'obligation de l'assurance telle qu'elle est prévue par la loi de 1907 :

1° le personnel de la navigation maritime et de la pêche maritime ;

2° les ouvriers et les domestiques agricoles;

3° le personnel des exploitations minières ;(1)

4° les personnes occupées dans les entreprises

(1) Ces trois catégories de personnes sont exemptées de l'assurance obligatoire établie par la loi de 1907 parce que toutes les trois, aux yeux du législateur, possèdent des particularités telles que pour chacune d'elles une législation spéciale devait exister afin de définir le mode et l'organisation de l'assurance.

où services de l'Etat, des municipes, des communes et des fondations, y compris les exploitations des postes, télégraphes, téléphones, les chemins de fer et les fabriques de l'Etat ainsi que les personnes occupées dans les établissements publics et dans les entreprises de chemin de fer et de navigation à vapeur affectées au service public, à condition que ces personnes ou leur ayants droit soient titulaires en cas d'accident d'un droit à pension, pension équivalente à celle prévue par la loi de 1907.

§ 2. — *Objet de l'Assurance.*

A. — *Assurance contre la maladie*

Le législateur hongrois, qui a pu suivre de près le développement et les résultats de l'assurance-maladie en Allemagne et en Autriche, en a profité pour apporter dans son œuvre certaines dispositions, lesquelles, en ce qui concerne l'objet de l'assurance maladie, prouvent que la loi de 1907 n'a fait que suivre la voie déjà tracée par la loi allemande de 1883 et la loi autrichienne de 1888.

En effet, les dispositions de ces lois qui règlent la nature, le montant et la durée des secours, vues d'ensemble, ne diffèrent pour ainsi en rien de celles adoptées par la loi de 1907. Passons rapidement en revue ces dispositions.

Aux termes de l'art. 50 de la loi de 1907 la caisse nationale d'assurance ouvrière doit fournir, en cas de maladie, les secours suivants :

I.) *Aux personnes soumises à l'assurance obligatoire et aux personnes qui y ont adhéré volontairement*

1° le traitement médical gratuit de maladie, durant une période ininterrompue de vingt semaines ;

2° la fourniture gratuite des médicaments, des bains, des eaux minérales et des moyens thérapeutiques nécessaires, pendant vingt semaines ;

3° Un secours pécuniaire, lorsque la maladie entraine l'incapacité de travail et dure plus de trois jours. Le secours pécuniaire est servi à dater du premier jour et pendant la durée de l'incapacité de travail, sans pouvoir excéder une période de vingt semaines. Quant au montant de ce secours, il s'élève à la moitié du salaire moyen pris pour base du calcul de la cotisation de l'assuré.

Si les assurés ne peuvent obtenir la gratuité du traitement médical et des médicaments, le montant du secours pécuniaire qui leur revient, doit être doublé.

Aux lieu et place de ces secours fournis aux assurés en cas de maladie, la loi prévoit l'hospitalisation de l'assuré malade aux frais de la caisse nationale de l'assurance ouvrière.

Les assurées, en cas d'accouchement, ont droit :

1° à la gratuité des soins de délivrance et du traitement médical ;

2° à un secours pécuniaire d'accouchement, égal au secours pécuniaire de maladie, à dater du jour de l'accouchement et pendant une période de six semaines à partir de l'accouchement.

II.) *Aux membres de la famille de l'assuré, s'ils vivent en ménage avec lui et ne reçoivent aucune rémunération de leur travail :*

En cas de maladie, la gratuité du traitement médical, des médicaments et de moyens thérapeutiques nécessaires, pendant vingt semaines ; en cas d'accouchement, ils ont droit à la gratuité des soins de délivrance et du traitement médical. Mais, aucun secours pécuniaire ne doit être alloué à ces personnes par la caisse d'assurance.

III.) *Aux ayants droit de l'assuré, en cas de décès de ce dernier, a une indemnité funéraire* dont le montant est égal à vingt fois le salaire quotidien

moyen pris pour base du calcul de la cotisation de l'assuré décédé.

Le montant et la durée des secours fournis par la caisse d'assurance ouvrière peuvent être supérieurs aux minima indiqués, si les ressources de la caisse le permettent. Toutefois, la loi de 1907 pose une limite à cette augmentation. Ainsi le secours pécuniaire de maladie ou d'accouchement ne doit pas exceder 75 pour cent du salaire de base ;

l'indemnité funéraire ne peut être supérieure à quarante fois le salaire de base ;

la durée du secours de maladie ne peut excéder un an ;

la durée du secours d'accouchement ne peut dépasser huit semaines en tout, tant avant qu'après l'accouchement (art. 51 de la loi de 1907).

En ce qui concerne le paiement du secours pécuniaire de maladie ou d'accouchement, ce paiement doit avoir lieu à la fin de chaque semaine et le secours pécuniaire doit être remis à l'assuré qui y a droit. Toutefois, si l'assuré reçoit de son patron pendant la maladie, le logement et l'intégralité de l'entretien, le secours pécuniaire peut, avec le consentement de l'assuré être remis au patron.

Au cas où l'assuré a droit à un secours pécuniaire double, la moitié de ce secours sert au paiement du médecin traitant et de la pharmacie, jusqu'à concurrence des honoraires pour le traitement médical, et du prix, pour les médicaments fournis ; le reliquat éventuel doit être versé à la caisse nationale d'assurance ouvrière. L'autre moitié du secours est payée à l'assuré intéressé.

L'indemnité funéraire est payée au plus tard le lendemain du décès. Elle est remise au conjoint survivant, ou, en l'absence du conjoint, aux héritiers de l'assuré décédé. Lorsque d'autres personnes ont pourvu aux

funérailles du défunt, on doit, à moins qu'il ne s'agisse de fondation, leur rembourser les frais des funérailles jusqu'à concurrence de l'indemnité funéraire. Si l'assuré ne laisse point d'ayants droit, la caisse d'assurance ouvrière de district peut pourvoir elle-même aux funérailles de l'assuré décédé jusqu'à concurrence de l'indemnité funéraire.

En général, le droit au secours prévus par la loi de 1907 en cas de maladie, commence pour les assurés soumis à l'assurance obligatoire, le jour où ils entrent au travail qui motive l'assurance ; pour les assurés qui ont adhéré volontairement à l'assurance, le droit aux secours ne commence que le jour où leur déclaration d'entrée a été acceptée. Dès lors, le jour où l'assuré soumis à l'assurance obligatoire quitte le travail considéré, son droit aux secours de maladie cesse. Quant a l'assuré volontaire, son droit aux secours de maladie ne cesse que le jour où il quitte le territoire des pays où la loi de 1907 est appliquée ou s'il néglige de payer la cotisation d'assurance contre la maladie à deux échéances consécutives fixées par les statuts de la caisse.

Aucun droit au secours pécuniaire de maladie n'est reconnu à l'assuré qui provoque intentionnellement sa maladie. Le même secours, ainsi que celui d'accouchement, peut être supprimé si l'assuré malade intentionnellement ne se conforme pas aux prescriptions du médecin traitant et retarde ainsi sa guérison. La loi applique la même mesure contre tout membre de la famille de l'assuré, qui a causé la maladie intentionnellement ou la mort de l'assuré.

Le droit aux secours pécuniaire de maladie ou d'accouchement ainsi que le droit à l'indemnité funéraire est prescrit dans le délai d'une année à dater de l'exigibilité.

B. *Assurance contre les Accidents du travail*

Par application du principe du risque professionnel et par suite des dispositions des articles 9 et 69 de la loi de 1907 l'objet de l'assurance contre les accidents du travail est de réparer le dommage, qui a été causé à un assuré par blessure ou mort à la suite d'un accident du travail ou d'un accident survenu au cours d'un service qu'il a accompli, soit sur l'ordre du patron ou du fondé de pouvoirs du patron, soit dans l'intérêt de l'exploitation. Suivant que l'accident a provoqué la blessure de l'assuré ou la mort, le dommage qui en résulte est réparé d'une manière distincte.

I.) *Le dommage causé à un assuré par blessure,* résultant d'un accident dans les conditions que nous venons d'exposer, donne droit au profit de l'assuré blessé, aux secours suivants :

1° la gratuité du traitement médical, des médicaments et des moyens thérapeutiques, dans les conditions définies pour les secours à allouer en cas de maladie, à dater de la onzième semaine qui suit l'accident (1);

2° Une indemnité pécuniaire, sous forme d'une pension servie à l'assuré en cas d'incapacité de travail.

Le montant de cette pension, en cas d'incapacité de travail totale de l'assuré s'élève à 60 °/₀ du salaire de base ; en cas d'incapacité de travail partielle, la pension est égale à une fraction de la pension allouée en cas d'incapacité totale, fraction proportionnelle au degré de la capacité de travail perdue par suite de l'accident. Toutefois, la réduction de la capacité de travail doit excéder 10 °/₀ au moins.

(1) Pourquoi ce délai de dix semaines pendant lequel la caisse d'assurance-accident ne doit pas de frais à l'assuré blessé ni de pension ? Il provient de ce que la loi de 1907 assimile les accidents moins graves (dont les conséquences ne durent que dix semaines au plus) aux maladies et a mis ces frais à la charge des caisses de maladie.

La pension est servie pendant la durée de l'incapacité de travail, à dater de la onzième semaine qui suit l'accident, ou si le service de secours pécuniaire de maladie cesse plus tôt, à partir de la cessation de ce service.

Si l'accident provoque non seulement l'incapacité de travail totale de l'assuré, mais encore l'incapacité de subsister sans une assistance et des soins continuels, la pension dans ce cas doit être, pendant cet état de faiblesse, portée à l'intégralité du salaire de base.

Quelque soit le montant de la pension et le cas d'incapacité de travail qui motive l'allocation de cette pension, la pension est basée sur la rémunération annuelle que le blessé a reçue dans l'exploitation soumise à l'assurance obligatoire pendant les 52 semaines qui ont précédé l'accident. (1)

En ce qui concerne les apprentis, les volontaires et les personnes qui ne touchent qu'un salaire nul ou modique, on prend comme rémunération annuelle le produit par 300 du salaire quotidien moyen de classe la plus basse de salaire.

II.) *Si l'accident cause la mort de l'assuré,* quelle que soit la date du décès, les ayants droit de l'assuré ont droit aux secours suivants :

(1) Si le blessé n'y était occupé que pour une durée de moins d'une année, sa rémunération annuelle doit être calculée d'après la rémunération moyenne des semaines de travail et si la détermination de la rémunération hebdomadaire n'est pas possible, la loi permet, dans ce cas qu'on prenne pour rémunération annuelle une somme égale à 300 fois la rémunération moyenne des journées de travail durant lesquelles le blessé a effectivement travaillé dans l'année qui précède. Toutefois, dans ce dernier cas, la rémunération déterminée pour servir de base du calcul de la pension, ne doit pas être inférieur à la rémunération moyenne usuelle des travailleurs, qui à la même époque accomplissent un travail analogue dans la même exploitation ou dans des exploitations similaires.

Lors de la détermination de la rémunération quotidienne moyenne dans les exploitations à travail périodique, les journées de travail effectif doivent seules être admises en compte.

1° l'indemnité funéraire, dont le montant est égal à celle prévue dans l'assurance contre la maladie ;

2° une pension annuelle servie à partir du décès de l'assuré. Le montant et la durée de cette pension sont déterminés de la façon suivante :

a) la pension de la veuve est égale à 20 % de salaire de base de son mari, victime de l'accident. La pension est servie à la veuve jusqu'à son décès ou son remariage. Dans ce dernier cas, la veuve peut recevoir à titre de somme payée une fois pour toutes 60 % du salaire de base de son mari décédé. (1)

b) la pension du veuf, si la femme était assurée et a pourvu à la subsistance de son mari par suite de l'incapacité de travail de ce dernier, est égale à 20 % du salaire de base de la femme.

La pension est servie au veuf tant que dure son incapacité de travail.

c) La pension des enfants, orphelins de mère ou de père qu'ils soient légitimes, naturels ou légalement adoptés avant la survenance de l'accident, est égale à 15 % du salaire de base de l'assuré décédé, pour chacun d'eux. La pension des orphelins de père et de mère ou si les enfants le deviennent postérieurement, est égale pour chaque enfant à 30 % du salaire de base de l'assuré, victime de l'accident. Si le père et la mère étaient assurés, on prend pour base du calcul de la pension la rémunération la plus élevée.

Les enfants d'une femme assurée, dont le mari a cessé la vie commune et n'entretient pas les enfants, doivent être, en cas de mort accidentelle de cette femme, considérés comme orphelins de père et de mère en ce qui concerne la fixation de leur pension.

Les enfants ont droit à toucher la pension jusqu'à l'accomplissement de leur seizième année, en général. Toutefois, la loi prévoit le cas où les enfants, bénéficiaires d'une pension d'accident, peuvent recevoir la

(1) Le droit à la pension n'est pas reconnu à la femme qui est légalement séparée ou qui a vécu séparée de son mari durant une année au moins immédiatement avant la mort de celui-ci, à moins qu'une décision judiciaire lui ait reconnu le droit à une pension alimentaire. Dans ce cas, la pension d'accident est égale à la pension alimentaire au maximum.

pension au-delà de l'âge indiqué s'il s'agit de la continuation de leurs études.

d) Les parents et les grands parents n'ont droit à une pension que si la victime de l'accident leur assurait la subsistance pour la plus large part. De ce chef, ils reçoivent ensemble jusqu'à leur mort, ou à la cessation de leur état d'indigence, une pension égale à 20 % du salaire de base.

e) La loi de 1907 reconnaît également le droit à une pension aux petits enfants, orphelins de père et de mère, si la victime de son vivant était leur soutien principal. La pension allouée dans ce cas aux petits-enfants est égale à 20 % du salaire de base ; elle est servie aux petits-enfants jusqu'à l'âge de 16 ans révolus.

Fixant ainsi la liste des ayants-droit de la victime à ces cinq catégories de personnes que nous venons de connaître, la loi a pris des précautions pour limiter le montant total de leurs pensions et pour dresser un ordre de préférence dans la distribution de ces pensions.

Aux termes de l'article 74 de la loi de 1907 les pensions annuelles des ayants-droits ne doivent pas au total dépasser 60 % du salaire de base et si le total des pensions surpasse ce maximum, les pensions doivent être réduites proportionnellement.

En ce qui concerne l'ordre de préférence lors de la distribution des pensions, le même article dans sa deuxième partie décide que les parents et les grands-parents ne peuvent exercer leur droit qu'après le conjoint survivant et les enfants et dans le seul cas où les pensions à allouer au conjoint survivani et aux enfants n'atteignent pas le maximum indiqué; les petits-enfants prennent leur rang, pour faire valoir leur droit à une pension, après les grands-parents, tandis que les parents peuvent exercer leur droit avant les grands-parents.

Le droit à indemnité n'est pas reconnu à l'assuré blessé par suite d'accident, si l'accident est causé intentionnellement par lui. Toutefois, ses ayants-droits peu-

vent obtenir, si le blessé meurt par suite d'accident, les secours prévus par la loi, mais ils n'ont aucun droit, eux non plus, à l'indemnité si l'accident qui a entraîné la mort de l'assuré, était provoqué par eux.

En dehors de ce cas, l'assuré et ses ayants-droits ont toujours le droit d'obtenir la réparation du dommage résultant d'un accident dans les conditions que nous connaissons. Mais cette réparation, qui s'effectue en partie sous forme de pension, peut être suspendue dans certains cas prévus par la loi (art. 95) et qui sont les suivants :

1° Si le bénéficiaire d'une pension est condamné à une peine privative de liberté, d'une durée supérieure à un mois ou s'il est interné dans une maison de correction. Le service de pension est suspendu tant que le bénéficiaire reste privé de liberté ou pendant qu'il séjourne dans la maison de correction. Toutefois, la loi autorise dans ce cas la continuation du service de pension au profit des proches du bénéficiaire condamné pendant la durée de la peine. La pension ainsi accordée est allouée conformément aux dispositions de la loi de 1907, régissant le droit des ayants-droit de l'assuré en cas de mort par suite d'accident ;

2° Si le bénéficiaire de la pension se rend à l'étranger et y reste plus de trois mois, le service de sa pension est également suspendu. L'exception est faite à cet égard pour les bénéficiaires de pension qui, étant étrangers, retournent dans leurs pays définitivement ; la loi dans ce cas autorise la contituation du service de leur pension si l'Etat étranger applique la même procédure à l'égard des travailleurs appartenant aux pays régis par la loi de 1907 en matière d'assurance ouvrière.

L'incessibilité et l'insaisissabilité des droits qui résultent d'un accident au profit de l'assuré sont proclamées egalement par la loi de 1907, à moins qu'il ne s'agisse des créances que les personnes, investies d'un droit à indemnité conformément à la loi de 1907, font valoir contre le bénéficiaire de la pension au titre alimentaire.

§ 3. *Organes de l'assurance*

Les organes chargés du service de l'assurance peuvent être répartis en deux groupes : les organes préexistants, créés antérieurement à la loi de 1907, et les organes institués par cette loi. Le premier groupe comprend : les *caisses minières de maladie* (caisses fraternelles) et les *caisses de maladie des fabriques de tabac de l'Etat*. Les organes de ce groupe sont chargés exclusivement du service de l'assurance contre la maladie; institués par des textes spéciaux, la loi de 1907 les maintient à condition de modifier leurs statuts conformément aux dispositions nouvelles édictées par elle.

Les organes de deuxième groupe résultent de la loi de 1907 qui crée deux organes d'assurance : *les caisses nationales d'assurance ouvrière*, l'organe principal, chargé d'assurer le fonctionnement de l'assurance contre la maladie et les accidents du travail ; ensuite, *les caisses d'assurance ouvrière de district*, qui jouent le rôle d'intermédiaire entre la caisse nationale d'assurance ouvrière et les assurés et aident cette caisse tant pour le service de l'assurance que dans la distribution des secours.

A côté de ces deux types normaux d'organes d'assurance créés par la loi de 1907, cette loi autorise l'institution des organes subsidiaires d'assurance : les *caisses de maladie des fabriques* et les *caisses de maladie des entreprises de transport*. Mais si l'on considère que ces dernieres caisses n'existent que pour certaines catégories très restreintes des travailleurs et que les caisses préexistantes à la loi de 1907 et maintenues par elle ne sont que les organes subsidiaires, on voit que ce sont les caisses nationales et les caisses de district qui supportent toute la charge de l'assurance.

A. *Organes de l'assurance institués antérieurement à la loi de 1907*

I. *Caisses minières de maladie* (caisses fraternelles). — Les caisses minières de maladie furent créées en vertu de la loi sur les mines. La loi de 1907 autorise le maintien de ces caisses et édicte à cet égard que les membres des caisses fraternelles sont dispensés de l'obligation de s'affilier à une caisse d'assurance ouvrière instituée par elle tant qu'ils restent au service de la mine et qu'ils ne se livrent pas à une occupation qui les oblige à s'assurer à l'une de ces caisses.

Toutefois, le maintien des caisses minières n'est accordé que si elles ne s'occupent que des personnes employées dans les mines et dans les usines métallurgiques. Si la caisse fraternelle étend son champ d'action à d'autres personnes assujetties à l'assurance obligatoire en vertu de la loi de 1907, la caisse fraternelle doit se conformer aux dispositions de cette loi en ce qui concerne les cotisations imposées à ses membres (art. 154).

II. *Caisses de maladie des fabriques de tabac de l'Etat.* — Les caisses de maladie des manufactures de tabac, régies par des statuts élaborés en vertu de la loi de 1891 pour secourir les membres en cas de maladie, sont maintenues par la loi de 1907 également comme les caisses minières. Leur maintien n'est subordonné à aucune condition tant qu'elles ne s'occupent que de personnes employées dans les fabriques de tabac de l'Etat. Au cas où elle voudrait étendre son activité aux autres personnes qui doivent s'assurer conformément à la loi de 1907, cette loi oblige la caisse à se conformer aux dispositions édictées par elle quant aux cotisations imposées à ses membres.

B. *Organes de l'assurance créés par la loi de 1907.*

La loi de 1907 qui, comme nous l'avons vu, absorbe la loi de 1891, supprime l'organisation que cette dernière loi avait empruntée à la législation autrichienne et crée une autre dans laquelle l'organe principal de l'assurance est la caisse nationale ouvrière avec la caisse de district comme organe local.

A la différence de l'organisation abrogée, l'organisation créée par la loi de 1907 est centralisatrice, ce qui d'ailleurs n'est que la conséquence de la fusion de l'assurance-maladie avec l'assurance-accidents réalisée par cette loi, mais cette organisation est en même temps dotée d'un caractère autonome en ce sens que les assurés et les patrons sont représentés en partie égale tant dans l'administration intérieure de l'assurance que dans les juridictions arbitrales, ce qui présente évidemment le plus grand avantage à tous les points de vue.

Passons rapidement en revue les dispositions de la loi de 1907, par lesquelles est créée cette organisation de l'assurance.

I. *Caisses nationales d'assurance ouvrière.*

Instituées comme un organe autonome des travailleurs assurés conformément à la loi de 1907 et de leurs patrons, les caisses nationales d'assurance ouvrière ont pour but de réaliser l'assurance ouvrière contre la maladie et les accidents du travail par l'intermédiaire des caisses locales d'assurance ouvrière.

Aux termes de l'art. 99 de cette loi, deux caisses nationales ont été créées ayant leur siège respectif, l'une à Budapest et l'autre à Zagreb. A la première caisse appartenaient le Banat, la Batchka et la Barania, tandis que la Croatie et la Slavonie possédaient leur caisse à Zagreb.

En ce qui concerne l'organisation, les attributions et le fonctionnement de ces caisses, l'une et l'autre sont régies par les mêmes dispositions de la loi de 1907.

Les organes administratifs de la caisse nationale d'assurance sont les suivants : l'assemblée générale, la direction de la caisse, le conseil de surveillance.

a) *L'assemblée générale* est composée de délégués des travailleurs assurés et de délégués des patrons. Les uns et les autres sont élus par les assemblées générales des caisses d'assurance ouvrière de district et des caisses de maladie de fabriques ; ils sont choisis séparément, par les patrons et par les travailleurs, parmi les membres de ces assemblées et proportionnellement au nombre des assurés de chaque caisse et des patrons, de telle sorte que chaque caisse soit représentée dans l'assemblée générale de la caisse nationale par un nombre égal de délégués patrons et de délégués travailleurs assurés (1).

En ce qui concerne les attributions de l'assemblée générale, la loi de 1907 réserve expressément à l'assemblée générale les attributions suivantes (art. 105) :

La rédaction et les modifications des statuts de la caisse nationale d'assurance ouvrière ; la fixation des classes de salaire quotidien moyen ; la fixation du taux des secours et des cotisations de l'assurance, ainsi que les modifications de ces taux ; la constitution et l'emploi des fonds de réserve ; la rédaction et la modification du tarif de risques ; le droit d'établir le budget annuel des frais administratifs de la caisse nationale d'assurance ouvrière ; le droit de vérifier les arrêtés des comptes annuels et de donner ou refuser le *quitus* ; le droit de statuer sur la construction d'hôpitaux et établissements de convalescence et, en général, sur toutes les questions relatives au traitement sanitaire des assurés, qui exigent une immobilisation considérable des capitaux de la caisse, ainsi que sur l'achat et la vente d'immeubles et la souscription de toutes les obli-

(1) Le nombre des délégués, la forme de l'élection, la durée du mandat des délégués, le mode de convocation et de délibération, le lieu, la date, le règlement des débats et les conditions de validité des décisions de l'assemblée générale sont définis par les statuts de la caisse nationale d'assurance ouvrière.

gations qui entraînent pour la caisse des charges élevées.

b) *La direction* se compose de membres titulaires et de membres suppléants. Le nombre des premiers est fixé par les statuts de la caisse; sans qu'il puisse dépasser soixante ; quant aux seconds, les statuts fixent également leur nombre. Les uns et les autres sont élus dans l'assemblée générale de la caisse nationale d'assurance ouvrière par les délégués des caisses d'assurance ouvrière de district et des caisses de maladie des fabriques et parmi eux, de telle sorte que les travailleurs et les patrons soient représentés dans la direction de la caisse nationale d'assurance ouvrière par parties égales.

La direction élit parmi ses membres un président, qui préside également à l'assemblée générale, et deux vice-présidents. Le président est élu alternativement parmi les patrons et les travailleurs, conformément aux statuts de la caisse; les vice-présidents sont pris chacun dans l'un des deux groupes des patrons et des travailleurs.

En ce qui concerne les attributions de la direction, elle est saisie des toutes les affaires que la loi ou les statuts de la caise ne réservent pas à l'assemblée générale.

Dans l'expédition des affaires qui ne sont pas de la compétence de la direction, et plus particulièrement dans les questions concernant le traitement sanitaire des assurés, la direction est pourvue d'un organe consultatif, le *conseil médical permanent.* Ce conseil est constitué par les médecins des caisses d'assurance ouvrière de district et des caisses de maladie des fabriques exerçant au siège de la caisse nationale d'assurance ouvrière. Le conseil médical permanent peut désigner dans son sein, trois membres qui ont voix consultative dans la direction de la caisse sur les questions intéressant le traitement sanitaire des assurés.

Enfin, pour traiter les affaires courantes, la direction peut nommer des employés rétribués, dont le service et le salaire sont fixés par un règlement.

c) *Le conseil de surveillance* est nommé dans l'assemblée générale de la caisse, qui élit dans son sein, par les délégués-patrons et les délégués-travailleurs,

séparément, le même nombre de personnes chargées des fonctions du conseil de surveillance (1).

Les membres du conseil de surveillance, ainsi que les membres de l'assemblée générale et de la direction exercent leurs fonctions à titre purement honorifique et par conséquent n'ont droit à aucune rémunération. Toutefois la loi de 1907 leur reconnaît le droit d'exiger le remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions dans les limites et conditions définies par les statuts de la caisse. Indépendamment de ce droit à remboursement, la loi prévoit une allocation au profit de tous ces membres dans le but d'indemniser ces personnes pour la perte de temps qu'elles éprouvent dans leurs affaires, lors de l'exercice de leurs fonctions.

Les frais qui résultent des séances du conseil de surveillance, de l'assemblée générale et de la direction, ainsi que les frais d'administration de la caisse nationale d'assurance ouvrière, sont à la charge du ministère du Commerce en ce qui concerne le Banat, la Batchka et la Barania ; en Croatie et en Slavonie, ces frais incombent au gouvernement régional qui doit les prévoir dans son budget annuel.

II. *Caisses d'assurance ouvrière de district.* — En instituant la caisse nationale d'assurance ouvrière, comme organe principal chargé du service de l'assurance, la loi de 1907 a créé également les caisses d'assurance ouvrière de district, qui ont pour but de servir d'intermédiaire entre la caisse nationale dans l'exercice de sa mission et les intéressés tant en matière d'assurance contre la maladie qu'en matière d'assurance contre les accidents.

Le nombre, le ressort et le siège des caisses d'assurance ouvrière de district sont fixés par l'Office d'assurance ouvrière d'Etat, qui doit statuer sur ces points après avoir entendu la direction de la caisse nationale.

(1) Le nombre de ces personnes, ainsi que le mode de constitution du conseil, les attributions et le fonctionnement du conseil, la durée du mandat des conseillers élus, sont définis par les statuts de la caisse nationale d'assurance ouvrière.

Sont membres de la caisse d'assurance de district : en premier lieu, toute personne occupée dans la circonscription du district et assujettie à l'assurance obligatoire, à moins qu'elle ne fasse partie d'une caisse de maladie de fabriques ou d'une caisse minière de maladie existant dans la circonscription de la caisse de district ; en deuxième lieu, tout propriétaire ou entrepreneur des installations, exploitations ou entreprises se trouvant dans le district et qui occupe des personnes soumises à l'obligation de l'assurance.

Les membres de la caisse d'assurance ouvrière de district ne peuvent quitter leur caisse tant qu'ils se trouvent occupés dans la circonscription de cette caisse et qu'ils restent soumis à l'assurance obligatoire. Mais, s'ils se sont affiliés régulièrement à une caisse de maladie de fabrique ou à une caisse minière de maladie, s'il en existe dans le district, ils sont autorisés par la loi à cesser de faire partie de la caisse d'assurance ouvrière de district.

L'organisation et le fonctionnement de la caisse d'assurance ouvrière de district sont définis par les statuts de la caisse. Les statuts sont établis par l'assemblée générale de la caisse. Pour être valables, les statuts, ainsi que leurs modifications éventuelles, doivent être approuvés par l'Office d'assurance ouvrière d'Etat.

Les organes administratifs de la caisse d'assurance ouvrière de district sont : l'assemblée générale, la direction et le conseil de surveillance.

L'Assemblée générale se compose des délégués de tous les assurés, d'une part, et des délégués des patrons, d'autre part. Les délégués sont élus dans des élections distinctes et en nombre égal.

En ce qui concerne *la direction* et le *conseil de surveillance*, leurs membres sont élus par un procédé analogue à celui qui est appliqué, lors de l'élection des

délégués à l'assemblée générale. Les statuts déterminent également, comme pour l'assemblée générale, tout ce qui concerne la constitution, les attributions et le fonctionnement de la direction et du conseil de surveillance.

Les caisses d'assurance ouvrière de district peuvent être dissoutes. La dissolution de la caisse est décidée par l'Office d'assurance ouvrière d'Etat après un vote conforme de l'assemblée générale de la caisse en question.

Lors de la dissolution de la caisse, les dispositions doivent être prises pour que les assurés assujettis à l'obligation de l'assurance passent à une autre caisse de district et que les assurés volontaires puissent, s'ils le désirent, passer à une autre caisse.

L'avoir de la caisse de district dissoute, qui reste après que les obligations de la caisse ont reçu satisfaction, est attribué à la caisse nationale d'assurance ouvrière.

III. — *Caisse de maladies de fabriques et les caisses de maladie d'entreprises de transport.* — Ces deux catègories de caisses d'assurance ouvrières dont nous allons nous occuper, servent également d'organes intermédiaires locaux entre la caisse nationale d'assurance ouvrière et les interessés. Mais, leur rôle d'intermédiaire ne concerne que l'assurance contre la maladie ; quant à l'assurance contre les accidents, elle échape à la compétence des caisses de maladie de fabriques et d'entreprises de transport.

L'institution d'une caisse de maladie de fabriques ou d'entreprises de transport est une faculté reconnue par le législateur au profit de tout fabricant ou entrepreneur qui possède une ou plusieurs entreprises, exploitations ou fabriques dans l'ensemble desquelles il occupe au moins 300 travailleurs soumis à l'obligation de l'assurance.

Cette faculté pour l'entrepreneur ou le fabricant d'instituer une caisse de maladie pour les travailleurs qu'il occupe, devient une obligation, lors même qu'il occupe moins de trois cent personnes assujetties à l'assurance obligatoire, si le travail à exécuter par ces personnes les expose à des risques particuliers de maladie.

Font partie de la caisse de maladie d'une fabrique ou d'une entreprise : les travailleurs occupés dans la fabrique ou l'entreprise, qui sont soumis à l'assurance obligatoire, mais qui n'appartiennent pas à une caisse d'assurance ouvrière de district. En outre, la loi autorise les autres personnes qui sont au service de l'entreprise ou de la fabrique, ainsi que les membres de leur famille, à s'assurer auprès de la caisse de maladie de fabrique ou de l'entreprise à titre facultatif. Toutefois l'assurance facultative n'est prévue que pour les personnes dont le salaire ou traitement ne dépasse pas 2400 couronnes par an ou 8 couronnes par jour.

L'organisation et le fonctionnement de la caisse de maladie de fabrique ou de l'entreprise de transport sont définis par les statuts de la caisse, dont le projet est rédigé par le fabricant ou l'entrepreneur; avant d'être mis en vigueur, le projet doit être approuvé par l'Office d'assurance ouvrière d'Etat après avoir été accepté par l'assemblée de travailleurs occupés dans la fabrique ou l'entreprise.

Le législateur impose au fabricant ou à l'entrepreneur la responsabilité dans tous les cas qui concernent la gestion et les opérations de la caisse. En outre, si les recettes de la caisse ne sont pas suffisantes pour faire face aux obligations courantes de la caisse, la somme nécessaire doit être fournie par l'entrepreneur ou le fabricant, mais dans ce cas il a droit à être remboursé par la caisse nationale d'assurance ouvrière. La loi

oblige également le fabricant ou l'entrepreneur à prendre à son service un médecin pour soigner les assurés malades.

La caisse de maladie de fabrique ou de l'entreprise de transport doit être dissoute ou attachée à une autre caisse, dans les cas que la loi vise expressément :

a) si l'entreprise ou la fabrique qui avait motivé l'institution de la caisse, cesse d'exister définitivement;

b) si le nombre de travailleurs assujettis à l'obligation de l'assurance tombe au dessous de deux cent d'une manière permanente ;

c) si l'assemblée générale de la caisse décide la dissolution à la majorité de deux tiers des voix, en présence de la moitié au moins des délégués des travailleurs à l'assemblée générale.

La loi prévoit encore un cas où la caisse peut être dissoute. C'est le cas de changement de propriétaire de l'entreprise ou de la fabrique. Le nouveau propriétaire doit déclarer à l'Office d'assurance ouvrière d'Etat le changement survenu et l'Office apprécie suivant les circonstances si la dissolution ou le maintien de la caisse doit être décidé. Si le maintien de la caisse est décidé, le nouveau propriétaire succède au précédent dans tous ses droits et à toutes ses obligations vis à vis de la caisse.

§ 4. — *Ressources de l'Assurance.*

Pour faire face aux obligations qui sont imposées par la loi de 1907 aux organes de l'assurance ouvrière contre la maladie et les accidents, ces organes trouvent des ressources dans le droit d'entrée, dans les cotisations des membres et dans les amendes.

a) *Le droit d'entrée.* — C'est en vertu de l'obligation édictée par l'art. 17 de la loi de 1907, d'après laquelle tous les membres de la caisse d'assurance ouvrière de

district assurés contre la maladie doivent être munis de cartes de membres, que le droit d'entrée est perçu sous la forme de cout de cartes de membres.

Le droit d'entrée est acquitté par l'assuré et si le patron le paye, il a le droit de retenir sur le salaire ou le traitement de l'assuré le montant du droit payé. Le montant est fixé par les statuts de la caisse nationale.

Les cartes des membres, en principe, doivent être délivrées par la caisse d'assurance ouvrière de district, mais les entreprises et services de l'Etat, les municipalités, les communes et les fondations, ainsi que les patrons, qui occupent à titre permanent plus de cent ouvriers, peuvent être autorisés par le Ministre du Commerce à délivrer, sous leur responsabilité, les cartes aux assurés déclarés par eux.

b) *Cotisations des membres.* — Les cotisations des membres constituent les ressources les plus importantes de l'assurance. La loi de 1907 prescrit l'obligation de verser des cotisations aussi bien en matière d'assurance contre la maladie qu'en matière d'assurance contre les accidents.

Toutefois, les dispositions de la loi de 1907 relatives aux cotisations sont différentes selon la branche d'assurance et cela nous amène à les exposer séparément.

I. *Dans l'assurance contre la maladie.* — Les cotisation sont fixées suivant les classes de salaire quotidien moyen dans lesquelles sont répartis les assurés. Les classes de salaire quotidien moyen sont déterminées par les statuts de la caisse nationale d'assurance ouvrière, de telle sorte que le salaire quotidien moyen le plus haut ne dépasse pas huit couronnes.

Lors de la répartition des assurés en classe, on tient compte du montant de leur salaire ou traitement sans y admettre ni l'indemnité de logement, ni la valeur du logement fourni en nature. Si au lieu du traitement ou

du salaire l'assuré reçoit l'entretien total ou partiel, cet entretien doit être évalué d'après les usages locaux. En ce qui concerne les assurés qui ne touchent aucune rémunération, à l'égard du paiement des cotisations ils sont admis dans la classe de salaire quotidien moyen la plus basse.

L'assuré donc appartient à une classe de salaire quotidien moyen d'après son salaire ou le traitement, mais la loi permet que l'assuré s'inscrive dans une classe supérieure à la sienne, après avoir subi un examen médical, à condition de supporter les frais de l'assurance qui en résultent.

Quant au taux de la cotisation, la loi de 1907 ne le fixe pas. Cette loi se contente de lui fixer les limites suivantes : de 2 à 4 pour cent du salaire quotidien moyen. Le taux de cotisation peut, donc, varier suivant le taux en tant pour cent qui doit être fixé par les statuts de la caisse nationale d'assurance ouvrière. La caisse nationale est libre, dans les limites indiquées, d'élever le taux de cotisations, si les recettes de la caisse ne suffisent pas pour faire face à ses obligations, et inversement, la caisse nationale d'assurance ouvrière doit baisser le taux des cotisations si la caisse est en mesure de remplir ses obligations avec un taux de cotisation inférieur aux taux en vigueur.

Les cotisations des assurés dans l'assurance contre la maladie sont payeés par le patron, à terme échu, aux époques fixées dans les statuts de la caisse nationale d'assurance ouvrière. Les cotisations incombent pour moitié au patron et pour moitié à l'assuré. Dès lors la loi reconnait au patron le droit de retenir sur le salaire ou le traitement de l'assuré la somme correspondante à sa part contributive. Ce droit de retenue est prescrit si le patron n'effectue pas la retenue dans le délai d'un ou de deux mois après l'échéance, selon que la paie a lieu

à intervalles de moins d'un mois ou, au contraire, tous les mois.

Pour les assurés, qui, n'ayant pas encore achevé leurs apprentissage, ne touchent aucun salaire, le patron doit payer l'intégralité de leurs cotisations. Mais la loi autorise le patron à stipuler dans le contrat d'apprentissage une clause en vertu de laquelle il pourra exiger le remboursement de la moitié des cotisations des parents ou du tuteur.

En ce qui concerne les personnes qui s'affilient volontairement à la caisse d'assurance, le patron n'est pas tenu de contribuer de ses deniers au paiement des cotisations de ces personnes. Ce n'est qu'au cas où les personnes sont déclarées et assurées par le patron, que ce dernier est obligé de contribuer de ses deniers au paiement de leurs cotisations pour une moitié. Dans ce cas, le patron possède le droit de retenir sur le salaire ou le traitemett de ces personnes la somme qui correspond à sa part contributive.

A côté de la cotisation ordinaire dont nous venons de parler, la loi de 1907 prévoit la *cotisation supplémentaire*.

Au paiement de ces cotisations sont obligés les assurés qui se sont rendus coupables à l'égard de la caisse nationale d'assurance ouvrière de simulation de maladie ou d'un acte de nature à porter préjudice à la caisse et le paiement de ces cotisations a pour but de réparer le préjudice causé.

Le montant de la cotisation supplémentaire, qui peut atteindre le double de la cotisation ordinaire, est versé par le patron, qui est autorisé à effectuer la retenue nécessaire pour la somme ainsi déboursée, sauf le cas où le patron est responsable au même titre que l'assuré, auquel cas le patron est tenu de payer de ses propres deniers la cotisation supplémentaire intégrale.

Les assurés sont soumis au paiement des cotisations tant qu'ils sont capables de travailler. Si la maladie les empêche de travailler, les assures ainsi que leurs patrons sont dispensés de l'obligation de payer les cotisations pendant toute la durée d'incapacité de travail.

II. — *Dans l'assurance contre les accidents.* — La loi de 1907 ne détermine qu'indirectement le taux de cotisation dans l'assurance contre les accidents. C'est au moyen du coefficient de risque et du montant du salaire annuel payé par le patron que la cotisation est déterminée.

Pour obtenir le premier élément nécessaire à la détermination de la cotisation, la loi exige l'établissement d'un tarif de risques, qui doit comprendre toutes les catégories de travail et les exploitations, dont le personnel en vertu de la loi de 1907 est assujetti à l'assurance obligatoire contre les accidents. Ces travaux et ces exploitations doivent être répartis en plusieurs classes de risques, suivant le degré de danger auquel est exposé le persennel y occupé. A son tour, le risque inhérent aux travaux ou exploitations de chacune de ces classes doit-être évalué en chiffre. Ce chiffre est le coefficient de risque.

Pour déterminer le taux de cotisation, la direction de la caisse nationale d'assurance ouvrière additionne chaque année toutes les dépenses d'assurance contre les accidents, qui ont été enregistrées par la caisse ; ce total est réparti ensuite entre les patrons proportionnellement à la fois, au coefficient de risque attribué à l'entreprise ou à l'exploitation de chacun d'eux et au montant du salaire payé pour chacun d'eux dans l'année considérée ; ainsi est déterminée la charge individuelle de chaque assuré.

C'est donc le *système de la répartition*, emprunté à la législation allemande, qui fonctionne dans l'assu-

rance créée par la loi de 1907. Les charges initiales peu élevées que présente ce système expliquent suffisamment pourquoi le législateur hongrois l'a adopté.

Toutefois, ce n'est pas le système exclusif admis par la loi de 1907. En ce qui concerne les personnes qui, se sont affiliés volontairement à la caisse d'assurance, ainsi que les patrons, qui d'ordinaire n'occupent dans leurs exploitations pas plus de cinq travailleurs soumis à l'assurance leur part contributive est fixée sous forme de *primes* (art. 37) (1).

Ces primes sont calculées différement pour ces deux catégories de personnes. Pour chaque assuré assujetti à l'obligation de l'assurance, la prime est fixée à trois couronnes par an pendant les dix premières années du fonctionnement de l'assurance, à cinq couronnes pendant les années ultérieures. Les assurés qui se sont affiliés volontairement à la caisse d'assurance, payent les primes, dont le montant est fixé par les statuts de la caisse nationale ouvrière.

Les cotisations en matière d'assurance contre les accidents sont à la charge exclusive du patron et la loi défend au patron d'exercer des retenues sur le salaire ou le traitement des assurés.

Les cotisations doivent être versées à la caisse d'assurance ouvrière de district dans un délai de trente jours à compter de la notification de la décision qui détermine le montant de la cotisation. En cas de non paiement les cotisations son recouvrées selon la procédure administrative comme l'impôt public.

Le droit de recouvrer les cotisations est prescrit dans un délai de cinq années à compter de la date de leur

(1) Le législateur hongrois n'a pas donc écarté complètement l'autre système celui des *primes* ou de la *capitalisation* et l'applique également, il est vrai, dans des cas moins nombreux que le système de la répartition.

détermination. Les cotisations et primes irrecouvrables d'assurance contre les accidents tombent à la charge de l'ensemble des personnes tenues de les payer et doivent être réparties entre elles lors de la prochaine détermination.

c) *Amendes.* La loi de 1907 prévoit un assez grand nombre de cas où elle édicte des peines pécuniaires contre les personnes, qui n'observent pas les prescriptions légales ou statutaires en matière d'assurance ouvrière et les dispositions protectrices du travail. Ce sont, en particulier, les amendes pour violation des règlements de sécurité, les amendes qui sanctionnent les obligations imposées aux assurés et à leurs patrons etc...

Toutes ces amendes sont recouvrées selon la procédure administrative comme l'impôt public et sont versées à la caisse nationale d'assurance ouvrière.

Les ressources dont nous venons de parler ne peuvent être affectées à aucun objet autre que :

a) le service des secours légaux et statutaires et la création des établissements sanitaires (dispensaires, hôpitaux, sanatoria, etc...) ;

b) le paiement des frais administratifs quand ils ne sont pas à la charge de l'Etat ; enfin,

c) la constitution d'un fond de réserve pour chaque branche d'assurance ouvrière.

Le fonds de réserve pour l'assurance contre la maladie est constitué par la caisse nationale d'assurance ouvrière qui doit verser 50 pour cent au moins de ses recettes nettes au fonds de réserve tant qu'il n'atteint pas la moyenne des cinq dernières années de dépenses pour les secours de maladie. Une fois constitué, le fonds de de réserve de l'assurance contre la maladie sert à faire face aux dépenses pour les secours de maladie occasionnées par des circonstances extraordinaires.

Pour l'assurance contre les accidents le fonds de

réserve est également constitué par la caisse nationale d'assurance ouvrière. Mais à la différence du fonds de réserve précédent, qui sert pour faire face aux certaines évantualités, le fonds ds réserve dans l'assurance-accident a une mission tout à fait autre. Il a pour but à pallier les inconvenients du système de la répartition adopté par la loi de 1907.

En effet, il peut se faire que le montant annuel des dépenses dans ce système puisse s'élever à des sommes représentant pour chaque établissement des charges trop lourdes. Afin d'empecher l'exagération de ces dépenses, la loi de 1907 organisait ce fond de réserve.

Il est alimenté par des quote-parts des dépenses annuelles d'assurance contre les accidents. Le montant de ces quote-parts, lors de la première répartition du total des indemnités, est ègal à 300 pour cent ; il est égal à 200 pour cent lors de la deuxième, à 150 pour cent lors de la troisième, à 100 pour cent lors de la quatrième, à 80 pour cent lors de la cinquième, à 60 pour cent lors de la sixième ; il doit décroitre eusuite de 10 en 10 pour cent jusqu'à la onzième. Après la onzième année, pour augmenter le fonds de réserve, il doit lui être attribué pendant trois années 10 pour cent des charges annuelles d'assurance et ensuite par périodes de trois années chaque fois 1 pour cent de moins jusqu'à ce que la quote-part se réduise à 4 pour cent. A partir de cette époque, le fonds de réserve doit recevoir 4 pour cent des charges annuelles d'assurance contre les accidents.

Les intérêts du fonds de réserve doivent être employés à faire face à une partie des charges d'assurance contre les accidents.

Pendant les dix premières années du fonctionnement de l'assurance contre les accidents, le versement annuel au fond de réserve ne doit-être effectué, que si les

charges d'assurance relatives à l'année considérée ne dépasse pas en moyenne 1 pour cent des salaires payés au cours de la même année. Dans le cas contraire, le versement n'est exigible que l'année suivante et les versements relatifs aux années ultérieures sont ajournées pendant un nombre d'années égal à celui des années de la première décade pour lesquelles les versements ont été ajournés.

Le fonds de réserve ainsi constitué peut servir de source financière aux organes de l'assurance contre les accidents en mettant à leur disposition d'abord les intérêts et ensuite, en cas de nécessité urgente (où l'homologation de l'Office d'assurance ouvrière d'Etat est exigée) le capital du fond de réserve, avant l'époque prévue par la loi. Toutefois, les sommes ainsi employées doivent être restituées selon le mode fixé par l'Office d'assurance ouvrière d'Etat.

§ 5. — *Règlement des contestations.*

Dans son titre III la loi de 1907 s'occupe de la procédure à suivre en matière de solution des différends qui peuvent s'élever dans le domaine d'application de l'assurance.

Suivant les parties entre lesquelles le conflit surgit, ces différends peuvent être classés en trois groupes :

a) Les différends entre les patrons et les travailleurs assurés;

b) Les différends entre l'organe d'assurance et les patrons;

c) Les différends entre les assurés ou leurs ayants droit et la caisse nationale d'assurance ouvrière ou ses organes.

a) *Différends entre les patrons et les travailleurs.* — Ils se produisent en général au sujet des cotisations

d'assurance contre la maladie et des droits d'entrée. Ces différends sont tranchés *par l'autorité industrielle* en vertu de l'art. 176 de la loi industrielle de 1884 et la partie qui n'est pas satisfaite de la décision de l'autorité industrielle a le droit de faire valoir ses prétentions selon la procédure ordinaire, dans un délai de quinze jours à compter de la notification de la décision rendue.

b) *Différends entre un organe d'assurance et les patrons.* — Ce sont les différends entre la caisse nationale d'assurance ouvrière ou la caisse d'assurance ouvrière de district ou la caisse de maladie de fabriques, d'une part, et les patrons, d'autre part. Les contestations de ce groupe peuvent avoir pour objet: toutes les obligations de paiement et de remboursement qui incombent aux patrons du chef de l'assurance contre la maladie; ensuite, le droit à remboursement des secours au profit du patron, qui a fourni ces secours à l'assuré malade à l'étranger, et, enfin, les primes d'assurance contre les accidents, qui sont à la charge des patrons.

L'autorité compétente pour statuer sur les contestations de ce groupe est également l'autorité industrielle comme pour le groupe précédent des contestations.

En ce qui concerne les différends qui s'élèvent entre la caisse nationale d'assurance ouvrière et les patrons au sujet des cotisations d'assurance contre les accidents, lesquelles sont, comme nous savons, à la charge exclusive du patron, ils sont tranchés par l'Office d'assurance ouvrière d'Etat.

c) Le dernier groupe des contestations dans l'assurance ouvrière comprend *celles qui surgissent entre les assurés ou leurs ayants droit, d'une part, et la caisse nationale d'assurance ou ses organes, d'autre part.* Ces contestations ont pour objet : les secours de maladie et les indemnités d'accident.

Pour la solution des différends appartenant à ce groupe, la loi de 1907 institue les *tribunaux arbitraux* ayant leur siège auprès de chaque caisse d'assurance ouvrière de district, dont le ressort est en même temps le ressort du tribunal arbitral.

Le tribunal arbitral est composé d'un président, d'un vice-président, de vingt assesseurs au moins et d'un certain nombre de suppléants.

Le président et le vice-président sont nommés, pour une durée de trois années, par le Ministre de la Justice et choisis parmi les juges qui sont en fonctions au siège du tribunal arbitral.

Les assesseurs et leurs suppléants sont élus dans des élections distinctes pour trois ans et choisis dans l'assemblée générale de la caisse d'assurance ouvrière de district pour moitié par les patrons et pour moitié par les travailleure assurés. Les membres de la direction et du conseil de surveillance de la caisse ne peuvent pas faire partie du tribunal arbitral. Le fonctionnement des tribunaux arbitraux est soumis à la surveillance du président du tribunal civil compétent pour le siège du tribunal arbitral.

En ce qui concerne la compétence du tribunal arbitral, il statue en première instance dans les différends qui s'élèvent entre les assurés ou leurs ayants droit, d'une part, et les caisses de district ou les caisses de maladies de fabriques, d'autre part.

Pour les différends qui s'élèvent entre les assurés ou leurs ayants droit et la caisse nationale d'assurance ouvrière, sont compétents en première instance les tribunaux arbitraux institués au siège des tribunanx civils, lorsqu'il s'agit de pays de Banat, Batchka et Barania ; en Croatie et en Slavonie, ce pouvoir appartient aux tribunaux ayant leur siège au siège même des Chambres de Commerce et d'Industrie.

Le jugement est rendu par le tribunal arbitral à huis clos à la majorité simple et son exécution incombe au tribunal civil compétent à l'égard de la partie qui succombe.

Le jugement rendu par le tribunal arbitral au sujet des pensions permanentes peut faire l'objet d'un recours en tous cas; le jugement rendu par ce tribunal au sujet des secours de maladie et des pensions temporaires pour les accidents ne peut être attaqué, que s'il vise la détermination ou le rejet du droit à des secours ou à une pension. Le recours est intenté auprès du président du tribunal arbitral dans un délai de trente jours à dater de la notification du jugement, et c'est l'*Office d'assurance ouvrière d'Etat* qui statue en deuxième instance dans ce cas.

La loi de 1907 a institué deux Offices d'assurance ouvrière d'Etat avec leurs sièges respectifs à Budapest (pour les pays de Batchka, Banat et Barania) et à Zagreb (pour les pays de Croatie et de Slavonie).

L'Office d'assurance ouvrière d'Etat se compose d'un président, d'un vice-président, d'une section d'assurance et d'une section judiciaire.

La section d'assurance règle les affaires qui se rattachent à la surveillance et au contrôle des caisses d'assurances et les affaires concernant la direction technique de l'assurance (1).

La section judiciaire, qui statue en dernier ressort sur les contestations relatives aux secours et indemnités à allouer aux assurés ou à leurs ayants droit, se

(1) Cette section se compose d'une division d'assurance, d'une division de comptabilité et d'une division de statistique; la section d'assurance, en outre, a pour mission également d'organiser la prévention des accidents, après avoir entendu les représentants des branches d'industrie et des métiers intéressés, et d'en surveiller l'application par l'intermédiaire des inspecteurs d'assurance.

compose de juges permanents de l'ordre judiciaire et de membres temporaires. Les juges permanents sont nommés par le roi, tandis que les membres temporaires sont élus dans des élections distinctes de l'assemblée générale de la caisse nationale d'assurance ouvrière en nombre égal parmi les patrons et les travailleurs assurés. La durée du mandat est de trois ans.

Statuant en dernier ressort sur les différends relatifs aux secours et indemnités à allouer conformément aux dispositions de la loi de 1907, la section judiciaire de l'Office d'assurance ouvrière d'Etat rend sa décision à huis clos en présence de sept personnes. Ce sont : le président ou le vice-président de l'Office, deux membres nommés, l'un de l'ordre administratif ou judiciaire, l'autre de l'ordre technique, deux patrons élus et deux travailleurs assurés élus.

Les décisions sont rendues à la majorité absolue et au nom de l'Office. Elles ne sont susceptibles d'aucun recours.

CHAPITRE III

Assurance ouvrière contre la Maladie en Bosnie et Herzégovine

En vertu de l'article 25 du traité de Berlin (du 13 juillet 1878) la Bosnie et l'Herzégovine, occupées par l'Autriche-Hongrie chargée d'y « rétablir l'ordre », furent annexées par cet Etat le 3 octobre 1908.

Immédiatement après l'annexion de ces pays, le gouvernement autrichien qui, pendant une assez longue période d'occupation, n'avait rien fait en matière d'assurance ouvrière, soumit un projet de la loi élaboré par lui, à une assemblée de délégués des patrons et des ouvriers. Le projet devait organiser l'assurance ouvrière contre la maladie. Après de courtes délibérations, dans lesquelles l'assemblée apporta quelques modifications au projet soumis, le projet fut voté comme loi du *15 février 1909* mise en vigueur à partir du 1er août 1909.

La loi du 15 février 1909 n'est, à proprement parler, qu'une extension à la Bosnie et à l'Herzégovine de la loi autrichienne du 30 mars 1888 portant sur l'assurance contre la maladie, car, dans ses grandes lignes, la loi du 15 février 1909 suit de très près les dispositions de la loi du 30 mars 1888. Toutefois, il y a entre les deux textes quelques différences résultant des conditions spéciales de ces deux pays soumis au régime de l'assu-

rance obligatoire, ainsi que des expériences qui ont été faites jusque là par l'application de la loi de 1888.

§ 1. — *Domaine d'application de l'assurance*

Aux termes de l'article 1^er^ de la loi de 1909 *sont soumises* à l'obligation de l'assurance contre la maladie : toutes les personnes exerçant une profession sous les ordres d'un employeur, dans les établissements industriels, commerciaux et autres entreprises exploitées industriellement, à condition que leur rémunération totale ne dépasse pas 3.000 couronnes par an. Sont réputés exerçant une profession sous les ordres d'un employeur, tous les employés et ouvriers sans distinction de sexe, y compris les volontaires, surnuméraires et apprentis, qu'ils touchent un salaire ou non.

En outre, vu l'immense richesse de la Bosnie en forêts et le caractère agricole de la Bosnie et de l'Herzégovine, le législateur a jugé nécessaire de soumettre à l'obligation de l'assurance les ouvriers occupés dans les exploitations forestières et agricoles, où l'assurance contre la maladie est possible, qu'il s'agisse des exploitations indépendantes ou des exploitations annexées à une entreprise industrielle ou commerciale.

Une troisième catégorie des travailleurs assujettis à l'assurance obligatoire comprend les travailleurs à domicile. Par contre, *sont exemptés* de l'assurance obligatoire les travailleurs instables, c'est-à-dire ceux qui n'exercent pas régulièrement une profession soumise à l'assurance obligatoire, mais l'exercent seulement par occasion et temporairement, de même que ceux qui ne sont engagés que pour des travaux temporaires ne durant pas plus d'une semaine.

Enfin, la loi de 1909 prévoit l'*assurance facultative* où sont admises les personnes non soumises à l'obliga-

tion de l'assurance, à condition qu'elles n'aient pas dépassé 35 ans d'âge et que leur revenu annuel soit inférieur à 3.000 couronnes.

§ 2. *Objet de l'Assurance*

La loi du 15 février 1909 n'a organisé, comme nous avons eu l'occasion de le voir, que l'assurance contre la maladie.

L'assurance contre la maladie a pour objet de fournir les secours de maladie aux assurés et à leurs ayants-droit dans les limites fixées par la loi.

a) *En ce qui concerne les assurés,* tout assuré en cas de maladie a droit aux secours de maladie suivants :

1° Le traitement médical gratuit à partir du premier jour de maladie, ainsi que la fourniture gratuite des remèdes et moyens thérapeutiques nécessaires ;

2° Une indemnité pécuniaire doit être allouée à l'assuré malade, si sa maladie le rend incapable de travailler. L'indemnité est payée à la fin de chaque semaine à partir du premier jour de la maladie. Le montant de cette indemnité s'élève à 60 % du salaire moyen de la classe à laquelle appartient l'assuré malade.

Les secours de maladie sont servis au malade aussi longtemps que dure la maladie et si elle ne cesse pas auparavant, au moins pendant vingt semaines à partir du premier jour de la maladie.

Le traitement médical, la forniture de médicaments et l'indemnité pécuniaire peuvent être remplacés par le traitement et l'entretien à l'hôpital de l'assuré malade aux frais de la caisse de maladie. Si le montant de l'indemnité pécuniaire dépasse les frais d'hospitalisation, l'article 11 de la loi de 1909 ordonne que l'excédent qui en résulte, soit versé à la famille de l'assuré malade, pour ne pas laisser sans moyen cette famille, dont l'assuré était le soutien principal. S'il n'y a aucun excé-

dent à cet égard, la moitié de l'indemnité pécuniaire doit être allouée à l'assuré hospitalisé. Au cas où l'assuré n'a pas de famille, cet excédent lui appartient en totalité ;

3° Un dernier secours fourni par la caisse d'assurance contre la maladie à ses membres est le secours aux femmes en couches.

Les femmes en couches ont en effet droit, si leur accouchement s'est passé normalement, au traitement médical et à la fourniture des médicaments, le tout à titre gratuit, pendant quatre semaines au moins, à partir du premier jour de leur accouchement. En outre, au cas où les assurées accouchées seraient incapables de travailler pendant les derniers jours de la gestation, elles ont droit à une indemnité pécuniaire durant cette période.

Toutefois, les secours en cas d'accouchement ne peuvent être alloués aux femmes en couches que si elles ont été assurées contre la maladie, conformément aux dispositions de la loi de 1909, pendant trois mois au moins dans l'année qui précède le jour de l'accouchement.

Le droit aux secours de maladie n'est pas reconnu à l'assuré, qui s'est rendu malade soit intentionnellement, soit par sa participation coupable à des querelles ou des rixes, soit par ce qu'il était ivre.

L'indemnité pécuniaire de maladie ou d'accouchement peut être retirée au bénéficiaire si intentionnellement il n'obéit pas aux ordres du médecin et retarde ainsi sa guérison.

b) *Au profit des ayants-droit de l'assuré* mort des suites d'une maladie, la loi de 1909 prévoit une indemnité pécuniaire pour les secourir dans le paiement des frais d'enterrement.

Le montant de cette indemnité est égal au moins à

vingt fois le salaire moyen de la classe à laquelle appartenait le défunt.

Les secours dûs par la caisse d'assurance contre la maladie, dont nous venons de parler, soit au profit de l'assuré, soit au profit des ayants-droit de l'assuré, sont des minima et la loi autorise leur augmentation.

En effet, les statuts de la caisse peuvent augmenter le montant et la durée des prestations, dues par la caisse d'assurance en cas de maladie ou de décès de l'assuré, si l'état des recettes de la caisse permet cette augmentation. Toutefois, cette augmentation ne doit pas dépasser une certaine limite fixée par la loi de la façon suivante:

l'indemnité pécuniaire de maladie ne pourra pas dépasser 75 % du salaire qui a servi de base au calcul de l'indemnité ;

l'indemnité funéraire ne pourra pas excéder 150 couronnes ;

les secours de maladie ne peuvent pas être alloués pendant plus d'une année.

Ainsi donc dans les limites de ces minima et maxima indiqués, la caisse est libre d'augmenter ou de réduire la durée et le montant de secours. Mais, toutes les fois que la caisse réduit le montant et la durée des secours, ces mesures restrictives ne seront pas applicables aux assurés malades qui, au moment de l'application de ces mesures, avaient déjà droit à des secours pour une maladie déclarée antérieurement à la mesure mise en vigueur.

§ 3. *Organes de l'Assurance*

Comme la loi du 30 mars 1888, la loi de 1909 est décentralisatrice en ce qu'elle prévoit comme organes divers groupements territoriaux et professionnels.

L'article 15 de la loi de 1909 prévoit comme organes

de l'assurance contre la maladie les catégories suivantes des caisses :

1° la caisse de maladie de district ;
2° la caisse de maladie d'entreprise ;
3° la caisse de maladie d'association ;
4° la caisse minière de maladie.

La *deuxième* et la *troisième catégorie* des caisses de maladie sont des caisses préexistantes à la loi du 15 février 1909, mais elles sont maintenues par cette loi à condition qu'elles se conforment à ses dispositions.

Les *caisses minières de maladie*, créées par une loi spéciale sur les mines, avant l'entrée en vigueur de la loi de 1909, ont été reconnues par cette dernière loi comme organes de l'assurance contre la maladie tant qu'elles n'ont comme membres que les personnes occupées dans les mines.

La seule catégorie de caisse de maladie instituée par la loi de 1909, est celle des caisses de district.

La *caisse de maladie de district* est composée par des personnes assujetties à l'obligation de l'assurance contre la maladie, occupées dans la circonscription de cette caisse et qui ne font pas partie d'une autre caisse d'assurance ouvrière autorisée par la loi de 1909. Ces personnes acquièrent la qualité de membre de la caisse à partir du jour où elles entrent au travail dans la circonscription de la caisse et ne peuvent s'y soustraire qu'à condition de prouver qu'elles sont assurées conformément aux dispositions de la loi de 1909 auprès d'une der caisses autorisées par cette loi. Si le membre de la caisse de maladie de district quitte l'emploi, qui motive l'assurance obligatoire et ne reprend point un emploi, qui lui permettra de devenir membre d'une autre caisse de maladie, il reste membre de la caisse tant qu'il séjourne en Bosnie et Herzégovine et paie la totalité de

ses cotisations. Il cesse d'être membre de la caisse dès qu'il néglige de payer les cotisations pendant quatre semaines consécutives.

En second lieu, sont membres de la caisse de maladie de district: les personnes assurées facultativement dans les conditions que nous avons indiquées. Les personnes de cette catégorie deviennent membres de la caisse à partir du jour de leur demande d'admission et peuvent cesser de faire partie de la caisse à n'importe quelle époque.

En ce qui concerne la gestion de la caisse de maladie de district, elle est assurée par *le comité de la caisse* qui est composé par les membres de la caisse élus à l'assemblée générale de la caisse. En outre de la gestion de la caisse, le comité s'occupe de toutes les affaires de la caisse à l'exception de celles qui sont de la compétence de l'assemblée générale. Ici, il faut surtout mentiouner qu'aux termes de l'article 21 de la loi de 1909, le comité de la caisse est investi du droit de représenter la caisse et d'organiser un contrôle efficace des assurés malades. Pour se tenir toujours au courant du mouvement des membres de la caisse, le Comité possède les déclarations des patrons sur l'entrée ou la sortie des travailleurs assurés. Ces déclarations doivent être effectuées par les patrons dans les trois jours qui suivent l'entrée ou la sortie de l'assuré (art. 36).

Dans l'exercice de ses attributions, le Comité de la caisse est contrôlé par un *conseil de surveillance,* élu par l'assemblée générale de la caisse. (1).

A la fin de chaque année, le Comité de la caisse doit rendre compte de la gestion à l'*assemblée générale.*

(1) Le nombre des membres du conseil de surveillance, le fonctionnement, la durée de mandat et toutes les autres questions de détail concernant le conseil de surveillance, sont définis par les statuts de la caisse.

L'assemblée générale est composée de délégués élus par les membres de la caisse et choisis parmi ces membres. L'assemblée générale, dont le nombre des membres, le mode de convocation et de délibérations sont fixés par les statuts, doit statuer sur le compte annuel de la caisse dressé par son comité et, le cas échéant, doit effectuer les poursuites contre les membres responsables du comité et du conseil de surveillance de la caisse. En outre, l'assemblée générale statue sur la révision des statuts.

Si les assurés se refusent à procéder aux opérations électorales et que par suite le Comité ne soit pas nommé, ni l'assemblée générale constituée conformément aux dispositions légales et statutaires, l'autorité administrative de district compétente peut exercer directement ou faire exercer par un délégué les attributions des organes de la caisse aux frais de cette dernière, ou suivant le cas, elle peut nommer d'office les membres du comité et les délégués à l'assemblée générale de la caisse.

§ 4. — *Ressources de l'Assurance*

Les ressources qui permettent aux organes de l'assurance de distribuer aux assurés ou à leurs ayants-droit les secours prévus par la loi de 1909 sont les suivantes: les cotisations et les amendes.

1° *Les cotisations des membres.* Le taux de ces cotisations varie suivant les différentes classes de salaire. Le nombre de ces classes est fixé à dix. La première classe comprend les travailleurs qui ne touchent qu'un salaire de 0.80 couronnes par jour au plus ; dans la dixième classe sont les travailleurs qui reçoivent plus de 6 couronnes par jour.

Pour le calcul des cotisations, on prend toujours pour base dans la première classe, le salaire de 0.80 cou-

ronnes et dans la dixième classe, le salaire de 6 couronnes. En ce qui concerne les autres classes de salaire se trouvant entre la première et la dixième classe, c'est la moyenne entre le minimum et le maximum de salaire de chacune des classes qui sert de base au calcul de cotisations.

Le taux est fixé en tant pour cent du montant du salaire de base, mais en aucun cas il ne doit pas être supérieur à 3 %. Dans cette limite le taux peut varier et le législateur permet la réduction et l'augmentation du taux des cotisations suivant que les recettes de la caisse suffisent ou non à faire face aux engagements de la caisse. L'augmentation du taux des cotisations ne peut être effectuée que par la décision prise en assemblée générale de la caisse à la majorité des trois quarts des délégués des assurés et de leurs patrons délibérant et votant séparément.

Les deux tiers de la cotisation déterminée sont à la charge de l'assuré et le tiers restant incombe au patron; mais ce dernier est tenu de supporter l'intégralité des cotisations pour les assurés qui ne touchent aucun salaire en espèces.

Les cotisations sont versées à la caisse par les patrons pour le compte de leur personnel soumis à l'assurance obligatoire. Pour se faire rembourser la somme versée pour les assurés, les patrons sont autorisés à retenir à chaque paie régulière aux assurés obligatoires la part des cotisations afférente à la période de paie.

En ce qui concerne les assurés à titre facultatif, ils sont tenus de payer directement à la caisse le montant intégral de leurs cotisations de leurs propres deniers.

En dehors de ces cotisations ordinaires que les assurés ont à payer à la caisse, les membres qui ont lésé les intérêts de la caisse (par exemple par la simulation d'une maladie) peuvent être obligés de verser, de leurs

propres deniers des cotisations *supplémentaires*, dont le montant peut être égal à celui des cotisations ordinaires.

Une autre sorte de cotisations est prévue par le législateur qui impose aux patrons, dont les travailleurs sont exposés à des dangers de maladie particulièrement graves, le paiement des cotisations supplémentaires. Le montant de ces cotisations est calculé de façon à permettre à la caisse de couvrir tous les frais résultant de l'assurance de ces travailleurs.

2° *Les amendes.* Les patrons qui n'obéissent pas aux dispositions de la loi peuvent être frappés d'une amende. C'est ainsi que le patron qui néglige de faire ou ne fait pas à temps les déclaraiions d'entrée ou de sortie de son personnel soumis à l'assurance est responsable et puni pécuniairement, ainsi que le patron qui effectue sciemment sur le salaire de l'assuré des retenues plus élevée que ce que lui permet la loi.

L'amende est prononcée par le Comité de la caisse ; le condamné doit le verser directement à la caisse.

§ 5. — *Règlement des contestations*

Les différends qui peuvent surgir dans le fonctionnement de l'assurance organisée par la loi du 15 février 1909, sont de quatre sortes :

1° ceux qui s'élèvent entre les patrons et les assurés ;

2° ceux qui s'élèvent entre les assurés et les caisses d'assurance ;

3° ceux qui s'élèvent entre les patrons et les caisses d'assurance.

4° ceux qui peuvent naître entre les caisses d'assurance et les tiers ou entre les caisses d'assurance elles-mêmes.

1° Les différends qui surgissent entre les patrons et les assurés ont pour objet le calcul et la retenue de la

fraction des cotisations. Ils sont réglés dans tous les cas par les *autorités administratives de district* compétentes.

2° Les différends qui s'élèvent entre les assurés et les caisses de maladie de district au sujet des indemnités sont de la compétence du tribunal de la caisse en question, constitué conformément aux statuts ; *le tribunal arbitral* lorsqu'il statue sur ces différends, doit appliquer les articles 420 à 430 du Code de procédure civile.

3° Les différends qui s'élèvent entre les patrons et les caisses d'assurance au sujet des cotisations à verser ou des remboursements à effectuer sont réglés par les *autorités administratives de district* compétentes ou par le commissaire du gouvernement de Sarajèvo dans son ressort.

4° Les différends qui surgissent entre les établissements hospitaliers et les caisses de maladie, ainsi que tous les différends entre les caisses de maladie elles-mêmes, sont tranchés par *le gouvernement provincial* à Sarajèvo.

CHAPITRE IV

Assurance Ouvrière contre la Maladie et les Accidents du Travail en Serbie

Bien qu'une loi sur l'organisation du travail et les corporations obligatoires en Serbie existât déjà en 1847 (1) ce qui prouve qu'une législation spéciale, celle du travail, y était en voie de formation dès les premières années de la vie de l'Etat serbe, la question concernant l'assurance ouvrière en Serbie ne fut mise à l'ordre du jour que beaucoup plus tard.

Ce long retard, ici comme sur beaucoup d'autres points, ne peut être expliqué que par des difficultés d'ordre extérieur et intérieur auxquelles la Serbie fut exposée dès ses premiers jours.

Les guerres fréquentes menées par les Serbes, soit pour défendre l'existence de leur Etat, soit pour aider leurs frères à se libérer de l'esclavage, n'ont pu permettre à la Serbie d'obtenir la paix et le temps necessaire pour s'organiser et se développer à l'exemple des autres Etats.

Des difficultés, non moins graves, résultaient du voisinage fort incommode de l'Etat austro-hongrois, contre

(1) Complétée et modifiée par des lois postérieures de 1849, 1853 et 1870.

lequel la Serbie dut soutenir une lutte atroce, pour résister à ses attaques et à ses prétentions mégalomanes.

En effet, l'Autriche-Hongrie trouvait constamment et sous divers prétextes le moyen de s'immiscer dans les affaires serbes. Cette ingérence austro-hongroise s'est fait sentir de plus avec la tendance évidente d'entraver tout mouvement concernant l'indépendance économique et politique serbe.

Les traités de commerce conclus entre la Serbie et l'Autriche-Hongrie, ainsi que les conventions secrètes militaires sont des preuves incontestables de ce que nous venons de dire ; la Serbie n'était pour ainsi dire qu'un vassal de l'empire austro-hongrois.

Cette situation fâcheuse de la Serbie a provoqué une répercussion grave sur le développement de son industrie et de son commerce, de même que sur toute sa production.

La production du pays était si faible qu'elle ne pouvait pas entretenir le budget de 30 à 40 millions de dinars et les comptes annuels accusaient sans cesse des dèficits énormes. Tout se bornait, à cette époque, à l'élevage du bétail et à l'agriculture primitive, faisant appel l'un et l'autre pour leur exploitation à la main-d'œuvre des corporations familiales (Zadrouga) et favorisés par les mœurs et usages du pays.

A leur tour, l'industrie, le commerce et les métiers souffraient beaucoup dans leur développement. Si l'on consulte les statistiques concernant l'exportation et l'importation serbes, on peut constater que la Serbie n'exportait en gènéral que des matières premiéres, tandis qu'elle importait très souvent des objets qu'elle aurait pu utilement produire dans le pays.

Les essais en vue de créer une industrie nationale échouaient devant la concurrence austro-hongroise et

les marchés serbes n'existaient que pour l'industrie de l'Etat voisin.

Il est vrai de dire, qu'à cet état de choses ont contribué beaucoup de difficultés auxquelles la Serbie se heurtait dans sa vie intèrieure. Les crises ministérielles trop fréquentes, la lutte ardente des partis politiques, le régime personnel du souverain chèrchant un appui auprès du gouvernement de Vienne, les dissolutions inconstitutionnelles de la Chambre des Députés, etc... comme l'on pense bien, ont aggravé la situation de la Serbie, déjà pénible par les faits d'ordre extérieur.

Il est facile de concevoir, par conséquent, que l'atmosphère n'était pas du tout propice au développement de la législation touchant aux questions sociales et, plus particulièrement, à l'assurance ouvrière.

Le malaise général, dans lequel se trouvait la Serbie, a pris fin dès les premières années de ce siècle. En 1903 la question dynastique fut résolue au profit d'une seule dynastie, ce qui amena en même temps la consolidation de la vie publique, parlementaire et l'apaisement des luttes des partis politiques. Diminuant ainsi le nombre de ses difficultés intérieures, la Serbie ne désirait que s'émanciper économiquement de son voisin. L'occasion lui fut présentée peu de temps après.

Appliquant toujours des mesures exceptionnelles pour empêcher le développement économique serbe, le gouvernement de Vienne chercha à imposer au gouvernement de Belgrade des conditions tellement inacceptables et humiliantes, sous menace de fermer ses frontières et de ne permettre aucun échange entre les deux Etats, que le gouvernement serbe se vit obligé de rompre une fois pour toutes avec l'empire voisin et de rechercher de nouveaux marchés.

Après des tâtonnements et des essais qui ont donné des résultats heureux, le gouvernement serbe a réussi

à découvrir de nouveaux marchés par des voies tout à fait nouvelles. Viâ Salonique et par l'embouchure du Danube, par voie de mer donc, la Serbie a trouvé une issue à sa situation dépendante et humiliante et ainsi elle a pu venir en contact avec la Grèce, l'Italie, la France, l'Angleterre, la Belgique et la Hollande (en 1906).

L'émancipation économique cette fois fut réelle et complète, ce qui fut constaté, d'ailleurs, par l'exportation intensifiée des produits serbes et par le trafic croissant des marchandises d'une part entre la Serbie et les pays balkaniques, d'autre part entre la Serbie et les pays cités plus haut, avec lesquels elle n'était auparavant en relation que par l'intermédiaire de l'Autriche-Hongrie.

C'est à cette époque que le besoin de réviser les lois existant en matière de travail et d'élaborer d'autres lois nouvelles s'imposait au gouvernement serbe, afin d'organiser le travail, en améliorer les conditions et s'occuper du sort de la classe laborieuse dans le sens indiqué par le développement économique du pays et par les necessités du marché devenu mondial.

Pour satisfaire ce besoin, une commission, constituée de délégués de la Chambre des députès, de représentants de commerçants, d'industriels, d'artisans, ainsi que de la classe ouvrière, fut nommée par le Ministre de l'Agriculture, de l'Industrie et du Commerce dans le but d'esquisser un projet de loi. Les résolutions de cette commission, acceptées pour la plupart par le Ministre, servirent de base â son projet, qui fut présenté à la Chambre des députés le 6 mars 1910. Ce projet après discussion est devenu *la loi du 29 juin 1910*, mise en vigueur le 1er juillet 1911.

Laissant de côté les dispositions de cette loi, qui ne présentent pas d'intérêt pour notre étude, nous ne nous

occuperons que de la quatrième section de la loi contenant les dispositions relatives à l'assurance ouvrière.

§ 1. — *Domaine d'application de l'assurance.*

D'une manière générale, la loi du 29 juin 1910 s'applique aux personnes occupées dans l'industrie, le commerce et les métiers, dans les entreprises commerciales, industrielles et de transport de l'Etat(1) ainsi que dans les entreprises faisant l'objet d'une concession de l'Etat (art. 1er).

Il en résulte que l'assurance ouvrière, dont nous parle la quatrième section de la loi, est étendue à toutes les catégories de personnes indiquées ci-dessus. Aux termes de l'article 86 ces personnes sont soumises à l'assurance si elles sont occupées d'une manière permanente, moyennant un salaire ou pour y apprendre un métier, sans qu'il y ait lieu de distinguer si elles travaillent dans les locaux du patron ou à leur domicile pour le compte du patron.

La loi du 29 juin 1910 a prévu l'assurance ouvrière contre les accidents, la maladie, l'invalidité, la vieillesse et le décès.

Toutefois, ce sont seulement les deux premières branches d'assurance (contre les acccidents et la maladie) qui ont le caractère obligatoire ; toutes les autres ne sont que facultatives. Mais, elles aussi pouvaient être déclarées obligatoires, à condition que la majorité des intéressés de la profession en cause le demande, que le Ministre de l'Agriculture, du Commerce et de l'Industrie l'approuve ou que la Chambre de Commerce ou de l'Industrie (suivant le cas) en décide ainsi et que sa dé-

(1) dans la mesure où les textes spéciaux n'ont pas disposé autrement.

cision obtienne l'homologation du Ministre de l'Agriculture, du Commerce et de l'Industrie.

Les assurances contre les maladies et les accidents du travail qui possèdent, comme nous l'avons vu, le caractère obligatoire à l'égard des personnes soumises à la loi du 29 juin 1910, peuvent être *facultatives*. Aux termes de l'article 92 de la loi de 1910, peuvent être admises dans l'assurance :

a) les personnes qui ont cessé de faire partie de la caisse d'assurance par suite de l'abandon de l'emploi qui a motivé l'assurance obligatoire ;

b) les personnes non soumises à l'obligation de l'assurance, à condition que leur revenu annuel ne dépasse point la somme de 2.000 dinars.

§ 2. — *Objet de l'assurance.*

Aux termes de l'article 88 de la loi de 1910 l'objet de l'assurance est de fournir aux assurés et aux membres de leur famille les secours suivants :

A. — *En cas de maladie :*

1° le traitement médical gratuit ;

2° la fourniture gratuite des médicaments et appareils thérapeutiques nécessaires au malade, ordonnés par le médecin traitant. (1)

3° L'indemnité pécuniaire quotidienne, si le malade est incapable de travailler par suite de sa maladie. L'indemnité est allouée pendant la durée de l'incapacité de travail. Le montant de l'indemnité est déterminé selon le degré d'incapacité de travail, mais il ne peut être inférieur à la moitié du salaire de l'assuré malade, lorsque par suite de maladie, le médecin traitant ordonne au malade de garder le lit.

(1) Aux lieu et place de ces secours, la loi prévoit l'hospitalisation du malade aux frais de la caisse d'assurance, ainsi que le séjour dans une station thermale.

Les secours de maladie, dont nous venons de parler, doivent être alloués également aux assurées en couches. L'allocation de ces secours doit avoir une durée de six semaines avant et six semaines après l'accouchement.

Si la maladie se termine par le décès de l'assuré, les membres de sa famille, la veuve et les enfants seulement, ont droit à une indemnité funéraire égale au salaire moyen mensuel du défunt.

B. — *En cas d'accident de travail :*

1° les soins médicaux et pharmaceutiques, ainsi que le traitement et l'entretient à l'hôpital, comme en cas de maladie (1);

2e en outre, une indemnité pécuniaire est allouée à l'assuré victime d'un accident, sous forme d'une pension temporaire ou permanente, dont la durée et le montant varient suivant le degré d'incapacité de travail résultant de l'accident. Toutefois, le montant de la pension, en cas d'incapacité totale de travail, doit être égal au montant du salaire moyen de l'assuré blessé.

Si l'accident du travail a entraîné la mort de la victime, la veuve et les enfants de l'assuré ont droit à une indemnité pécuniaire, dont le montant et la durée sont déterminés de la manière suivante :

a) en faveur de la veuve la loi prévoit une pension de 30 % de la pension à laquelle l'assuré décédé avait droit conformément à la loi de 1910.

En outre, si la veuve a des enfants, issus du mariage avec l'assuré décédé, sa pension doit-être augmentée de 5 % de la rente du défunt pour chaque enfant.

(1) Pour fournir le premier secours en cas d'accident, la loi ordonne (art. 41) l'installation des ambullances, au frais du patron, dans les entreprises industrielles, situées à plus de deux kilomètres de la localité habitée. Ces ambulances servent de poste sanitaire et doivent également fournir les soins médicaux et pharmaceutiques aux assurés devenus malades subitement.

b) en faveur des enfants, s'ils sont orphelins de père et de mère, une pension est servie comme suit :

l'ainé a droit à une pension de 20 pour cent de la pension du défunt, le deuxième, le troisième et le quatrième enfant, ont droit à une pension de 10 % chacun et les enfants suivants n'ont droit qu'à une pension de 5 % .

Quant à la durée de la pension, une pension est servie à la veuve jusqu'à son décès ou son remariage ; en ce dernier cas, la veuve peut, s'il n'y a aucun inconvénient pour la caisse d'assurance, recevoir le triple de sa pension, dont le service cesse.

Les enfants touchent leur pension jusqu'à l'âge de quatorze ans révolus.

En dehors des pensions reconnues à la veuve et aux enfants de l'assuré décédé par suite d'un accident, la loi prévoit au profit de ces mêmes personnes une indemnité funéraira, dont le montant s'élève au montant du salaire moyen mensuel du défunt.

Ces secours, dont nous venons de parler, reconnus en faveur de l'assuré victime d'un accident ou en faveur des membres de sa famille, ne seront alloués que si l'accident n'a pas été provoqué intentionnellement par la victime.

§ 3. — *Organes de l'Assurance.*

L'assurance ouvrière contre la maladie et les accidents du travail en Serbie devait être réalisée moyennant *les caisses locales d'assurance ouvrière,* créées par la loi de 1910 sur le principe de l'autonomie.

Laissant aux statuts le soin de régler les questions de détail, la loi de 1910 dans son article 93 prévoit l'organisation de la caisse locale de la manière suivante :

a) *un comité directeur* chargé de la gestion de la caisse et composé d'assurés et des patrons, en parties

égales ainsi que d'un représentant de l'Etat, nommé par le Ministre de l'Agriculture, de l'Industrie et du Commerce ;

b) *une commission de surveillance* ayant le droit de contrôler la gestion de la caisse et composée de la même façon que le comité directeur ;

c) *une assemblée générale* possédant pleins pouvoirs pour statuer sur toutes les affaires, dont la gestion n'incombe pas au comité directeur ; elle est composée de délégués élus, par les assurés et choisis parmi eux, ainsi que par les patrons, qui ont le droit d'être représentés à l'assemblée générale proportionnellement à leur part contributive dans les versements pécuniaires.

Les décisions à l'assemblée générale, au comité directeur et à la commission de surveillance sont prises à la majorité simple. Le président a voix prépondérante en cas d'égalité des voix exprimées.

Les fonctions de membres du comité directeur, de la commission de surveillance et de l'assemblée générale sont gratuites ; toutefois, la loi de 1910 leur reconnait le droit à indemnité pour perte de temps dans l'exercice de ces fonctions.

Dans son article 87 la loi de 1910 impose à toutes les caisses locales d'assurance de se constituer en une *association nationale des caisses d assurance ouvrière.*

L'association est régie par des statuts d'association établis par le Ministre de l'Agriculture, de l'Industrie et du Commerce, les Chambres de Commerce, de l'Industrie et des métiers entendues.

L'association est organisée comme la caisse locale et doit posséder un comité directeur, une commission de surveillance et une assemblée générale. Les membres du comité directeur, de la commision de surveillance et de l'assemblée générale reçoivent une rémunération pour l'exercice de leurs fonctions, déterminée par les statuts.

A côté de ces institutions créées par la loi de 1910, cette loi laisse subsister deux types de caisses professionnelles créées antérieurement à la loi de 1910 : *les caisses*

minières, régies par la loi sur les mines du 15 avril 1866 (1) et les *caisses d'assurance ouvrière*, existant au moment de l'entré en vigueur de la loi de 1910 dans les *exploitations et entreprises* de l'Etat et des particuliers.

Ces deux types de caisses professionnelles peuvent donc, jouer le rôle d'organes d'assurance contre la maladie et les accidents, mais la loi leur impose certaines conditions auxquelles doivent satisfaire ces caisses. Ces conditions sont déterminées par un accord entre la caisse interessée et l'association nationale des caisses d'assurance.

§ 4. — *Ressources de l'Assurance*

Les ressources de l'asurance ouvrière contre la maladie et les accidents consistent essentiellement en *cotisations*, dont le taux est déterminé par le Ministre de l'Agriculture, de l'Industrie et du Commerce, l'association nationale des caisses d'assurance ouvrière entendue.

En ce qui concerne le paiement de cotisation, une distinction s'impose. Dans l'assurance contre la maladie, les assurés supportent la moitié de cette charge, dont le reste incombe aux patrons ; par contre, dans l'assurance contre les accidents toute charge est imposée aux patrons, qui doivent de leurs propres deniers acquitter les cotisations pour les assurés occupés par eux.

Toutefois le patron n'est tenu de participer pécuniairement à l'assurance ouvrière que pour ses ouvriers assujettis à l'obligation de l'assurance. Il en résulte donc qu'aucune cotisation ne peut-être imposée au

(1) Modifiée et complétée par des lois des 21 juillet 1877, 6 février 1896 et 27 janvier 1900.

patron pour les personnes qui, sans être soumises à l'assurance obligatoire, adhèrent volontairement à une caisse locale d'assurance ouvrière.

Pour faciliter et en même temps garantir le recouvrement des cotisations, la part contributive des assurés dans l'assurance contre la maladie doit être versée à la caisse locale d'assurance ouvrière par le patron, qui est autorisé à retenir, lors de chaque paie, sur le salaire des assurés le montant de cette part. La retenue effectuée à cet effet doit correspondre à la période pour laquelle la paie a eu lieu, ou la période immédiatement précédente (art. 91).

Par conséquent, lorsque le patron n'a pas opéré des retenues sur le salaire de ses ouvriers en temps utile, il n'a pas le droit d'exercer ces retenues plus tard. Les cotisations payées par le patron restent dans ce cas exclusivement à sa charge.

Une autre catégorie de ressources de l'assurance provenait d'une *subvention de l'Etat,* qui devait être inscrite régulièrement chaque année au budget de l'Etat.

Le montant de cette subvention s'élevait à 100.000 dinars.

§ 5. — *Réglement des contestations*

Les contestations qui peuvent s'élever dans le fonctionnement de l'assurance sont tranchées, en général, par l'association nationale des caisses d'assurance ouvrière, sauf les cas où la caisse locale est désignée comme compétente par la loi ou les statuts.

L'association nationale des caisses d'assurance ouvrière doit également statuer sur les recours intentés contre les décisions des caisses locales.

La décision de l'association peut faire l'objet d'un

appel devant le Ministre de l'Agriculture, de l'Industrie et du Commerce.

La décision du Ministre n'est susceptible d'aucun recours (art. 90).

Quant à la procédure à suivre dans le cas de contestation, la loi laisse aux statuts le soin d'en décider.

*
* *

Telles sont les dispositions, relatives à l'assurance ouvrière de la loi serbe du 29 juin 1910.

Quoique cette loi soit entrée en vigueur le 1er juillet 1911, elle resta pour ainsi dire lettre morte et n'a donné aucun résultat. C'est d'abord dans l'insuffisance de mesures nécessaires pour son application qu'il faut chercher les causes de cet échec (1), ensuite dans l'opinion publique, qui a trouvé cette loi peu commode et bien inéfficace, d'où une campagne pour la modifier. Une dernière cause, qui fit échouer la loi de 1910, en même temps que ses modifications désirées fut la période des guerres auxquelles la Serbie a pris part et qui ouverte en 1912 (guerre balkanique, suivie peu de temps après par la guerre serbo-bulgare de 1913) vient de prendre fin en 1918.

(1) Ainsi par exemple : la loi ne prévoyait que trois inspecteurs du travail sur dix sept départements ; l'Etat ne s'est jamais exécuté en ce qui concerne l'allocation de sa subvention annuelle etc.

CHAPITRE V

Assurance ouvrière au Monténégro

Parmi les pays qui se trouvent actuellement englobés dans l'Etat des Serbes, Croates et Slovènes, seul le Monténégro ne possédait aucune loi spéciale sur l'assurance ouvrière.

Le Monténégro, étant un pays renfermé dans des limites étroites et entouré de hautes montagnes, ne possédait que peu de voies de communications. Ni l'industrie, ni le commerce n'y existaient pour ainsi dire car la terre y est peu fertile et le peuple est pauvre ; en outre, la population, exposée à des guerres fréquentes pour conserver l'indépendance de son pays, n'a pas pu s'habituer à mener une vie paisible, ni consacrer son temps au développement de la vie économique du pays.

En présence de ces faits, la vie législative en général n'était pas très développée ; les ouvriers, peu nombreux d'ailleurs, n'avaient pas pu obtenir une intervention spéciale du législateur en leur faveur et par conséquent aucune législation n'existait en matière d'assurance ouvrière.

Toutefois, quelques traces d'une intervention législative peuvent être cherchées dans *la loi du 18 février 1911* concernant les concessions et tendant à favoriser le développement des industries nationales.

Aux termes de l'article 29 de cette loi le chef d'une

entreprise industrielle qui obtient une concession conformément aux dispositions de la loi de 1911, doit s'engager :

a) à se préoccuper des enfants de ses ouvriers ;

b) à fonder une caisse d'assurance ouvrière.

Cette caisse d'assurance ouvrière devait être alimentée dans la proportion de 65 % par des contributions ouvrières et par 35 % des contributions patronales. Le fonctionnement et l'organisation de la caisse devaient être définis par un règlement du chef d'entreprise, approuvé par le ministre compétent.

En l'absence de textes législatifs spéciaux à l'assurance ouvrière, au Monténégro étaient appliqués les principes du droit commun.

Ainsi selon l'article 570 du *Code civil monténégrin de 1888 :* « quiconque cause un dommage à quelqu'un est tenu, dans la mesure où ce dommage peut être apprécié, de le réparer entièrement, non seulement si l'acte a été commis avec intention, mais encore s'il est le résultat d'une négligence ou d'un entrainement coupable. »

Cette réparation du dommage est déterminée par le tribunal civil, qui apprécie le préjudice à réparer, tenant compte de toutes les cisconstances et de la gravité de la faute commise. Lorsque, pour apprécier le dommage, il y a lieu à expertise, le tribunal devra, avant de statuer, entendre le rapport des experts.

Au cas où le dommage éprouvé est en partie imputable à celui qui l'a souffert, l'indemnité sera réduite proportionnellement au degré de cette faute (C. c. art. 571).

S'il s'agit de cas plus graves, c'est-à-dire si la mort d'un homme est causée par le fait de quelqu'un, les proches de la victime ont le droit d'exiger du coupable des dommages-intérêts pour les frais occasionnés par la maladie et pour le préjudice résultant de la perte de

temps si l'état du défunt, pendant sa maladie, a exigé des soins prolongés. Les proches ont également le droit de réclamer le remboursement de toutes les dépenses funéraires (art. 578 C. C.).

Ceux parmi les proches de la victime, qui étaient nourris, entretenus et élevés par la victime de son vivant, ont le droit de demander une indemnité à la charge du coupable, dans la mesure du préjudice que leur cause la mort de la victime.

Le montant de cette indemnité est fixé par le tribunal civil en même temps que le mode d'acquittement. Lors de la fixation du montant de l'indemnité, le tribunal doit examiner avec soins la situation des parties en cause (par exemple, ce que le défunt pouvait gagner, combien de temps il aurait encore pu vivre, quelles sont les ressources et les besoins des personnes qui ont droit à indemnité, quelle est la situation matérielle du coupable etc...)

L'action en réparation du dommage doit être intentée au plus tard dans l'année à compter du jour où la partie lésée a connu le dommage et son auteur. Mais quelle que soit l'époque à laquelle la partie lésée a connu le dommage et son auteur, l'action sera toujours prescrite après dix ans, à partir du jour où le dommage a été causé (art. 585 C. C.).

Si le dommage résulte d'un cas fortuit on ne peut demander aucune réparation du dommage qui en résulte. (1)

Telles étaient les dispositions de la législation monténégrine, qui pouraient servir de base aux actions intentées par les travailleurs et leurs ayants droit pour obtenir une réparation de dommages qu'ils subissaient

(1) Le cas fortuit aux termes de l'art. 931 du Code civil est tout évènement dommageable, qui n'a pu être ni prévu, ni évité ou qui, au moins n'a pu l'être par celui à qui il est arrivé.

par suite d'un accident du travail ou d'une maladie contractée à l'occasion du travail.

Evidemment, ces dispositions n'étaient pas suffisantes et la lacune, qui existait sur ce point, ne pouvait être remplie que par le décret-loi du 27 juin 1921, qui organisant l'assurance ouvrière obligatoire contre la maladie et les accidents du travail en d'autres pays serbo-croate-slovènes, l'introduisit en même temps au Monténègro.

*
* *

Nous venons d'exposer brièvement les textes législatifs, qui ont régi l'assurance ouvrière contre la maladie et les accidents du travail dans les pays serbo-croate-slovènes avant leur union.

De la première partie de notre étude nous tirons cette conclusion : le problème d'assurance ouvrière contre la maladie et les accidents du travail n'était pas résolu d'une manière identique partout, et les solutions apportées à cet égard étaient aussi nombreuses que diverses.

Sans entrer dans les détails et pour ne citer que quelques cas à titre d'exemple, nous avons vu que l'assurance ouvrière était organisée dans certains pays d'une manière solide et depuis bien longtemps, tandis que dans d'autres elle n'est apparue que beaucoup plus tard dans des textes rares et insuffisants.

D'autre part, même dans les pays où l'assurance ouvrière était réalisée, l'organisation administrative et financière de l'assurance était des plus diverses. Ainsi, dans un certain nombre de ces pays, chaque branche d'assurance ouvrière possédait ses organes propres et le système financier dans l'assurance contre les accidents

était celui des primes; par contre dans d'autres pays les deux branches d'assurance avaient les mêmes organes et pratiquaient le système de répartition. De même, une diversité régnait dans les textes législatifs en ce qui concerne le montant et la durée des secours à allouer aux assurés, les cotisations des membres, la part contributive des patrons, etc...

Cependant, c'est dans cette diversité des textes législatifs qu'il faut chercher l'origine du *décret-loi du 27 juin 1921*. En effet, pour supprimer cette diversité, le gouvernement de l'Etat serbo-croate-slovène a élaboré le décret-loi du 27 juin 1921, dont le but est : d'organiser l'assurance ouvrière contre la maladie et les accidents du travail d'une manière *uniforme* et *obligatoire*, qui pourrait convenir à tous les pays de l'Etat et s'appliquer à toutes les professions de ses habitants.

Pour faire connaître le décret-loi du 27 juin 1921 et le régime d'assurance ouvrière qu'il établit, nous avons cru nécessaire d'exposer ses dispositions principales dans des chapitres successifs, concernant : le domaine d'application de l'assurance; son objet; ses organes; ses ressources; les contestations qu'elle fait surgir; la surveillance; enfin, nous consacrerons le chapitre dernier aux dispositions par lesquelles le décret-loi assure la transition entre le régime abrogé et le régime nouvellement mis en vigueur.

DEUXIÈME PARTIE

Le décret-loi du 27 juin 1921
SUR
l'Assurance Ouvrière contre la Maladie et les Accidents du Travail
dans l'Etat serbo-croate-slovène

CHAPITRE PREMIER

Domaine d'application de l'assurance

S'inspirant des textes législatifs déjà existant sur le territoire de l'Etat serbo-croate-slovène en matière d'assurance ouvrière, le gouvernement de cet Etat n'a règlementé par le décret-loi du 27 juin 1921 que l'assurance ouvrière contre la maladie et les accidents du travail.

Le choix du gouvernement s'est porté sur ces deux branches d'assurance parce qu'une vie assez intense existait dans la plupart des pays de l'Etat, où l'assurance contre la maladie et les accidents du travail était pratiquée et, parce que, organisant l'assurance contre ces deux risques, avant de s'occuper de l'assurance contre les autres risques, le gouvernement n'a fait que suivre l'exemple donné par la plupart des Etats voisins où l'assurance ouvrière a porté d'abord sur la maladie ou les accidents du travail.

En nous proposant d'étudier le domaine d'application de l'assurance contre la maladie et les accidents du travail, une distinction essentielle s'impose à nous, au seuil de cette étude. En effet, le décret-loi bien qu'il soumette à l'obligation de l'assurance la totalité des travailleurs, autorise, d'autre part, certaines personnes à participer à l'assurance à titre facultatif et, enfin, prévoit, en dernier lieu, certaines exceptions à l'obligation de l'assurance.

Nous aurons donc à déterminer d'abord quelles sont les personnes que le décret-loi oblige à s'assurer; nous parlerons ensuite de celles qui ont la faculté de participer à l'assurance, et, enfin, nous nous occuperons des personnes qui sont dispensées ou exemptées de l'assurance.

§ 1. — *Personnes soumises à l'Assurance*

A la différence de la plupart des textes étrangers en matière d'assurance ouvrière, qui n'imposent l'obligation de l'assurance qu'à certaines catégories de personnes visées expressément par le texte et occupées dans certains travaux, entreprises ou exploitations énumérés minutieusement, le décret-loi du 27 juin 1921 impose l'obligation de l'assurance contre la maladie et les accidents du travail à toutes les personnes, sans distinction de sexe, d'âge, de fortune ni de nationalité, qui louent leur force physique ou intellectuelle, sous quelque forme que ce soit, sur le territoire du Royaume des Serbes, Croates et Slovènes, soit à titre permanent, soit à titre provisoire (art. 3, al. 1).

De ce qui précède, il est facile de concevoir : que le décret-loi est revêtu d'un caractère général et qu'il étend l'obligation de l'assurance à la totalité de la classe ouvrière et y soumet toutes les formes de l'activité

humaine. Grâce à ce caractère de généralité, le décret-loi a rendu l'application de l'assurance obligatoire plus facile et moins compliquée, parce qu'il ne fait aucune énumération ni des personnes soumises à l'assurance obligatoire, ni des travaux, entreprises et exploitations, dont l'exercice motive cette assurance obligatoire, qui pourrait provoquer des discussions dans la jurisprudence et dans la doctrine sur la signification réelle du texte législatif au sujet de l'étendue de l'assurance. D'autre part, dressant immédiatement le cadre de son étendue, le plus large possible, au moment même de sa promulgation, le décret-loi a rendu inutile toute modification postérieure en vue d'élargir son champ d'action.

Comme nous l'avons vu, le décret-loi impose l'obligation de l'assurance à toutes les personnes sans distinction d'âge. Il en résulte que cette obligation s'étend aussi aux apprentis, aux volontaires, aux élèves des écoles d'apprentissage auxquelles sont annexés les ateliers.

En outre, le décret-loi soumet à l'assurance obligatoire pareillement les autres personnes, qui n'ayant pas encore terminé leur apprentissage ne touchent aucun salaire ni traitement en espèce ou ne reçoivent qu'une rémunération modique inférieure au salaire ou traitement habituel en espèces ou en nature.

Le décret-loi n'établit aucun maximum ni minimum de salaire ni de traitement en espèces, qui pourrait limiter le domaine d'application de l'assurance, et, par conséquent, la rétribution du travail fourni et la façon dont elle s'effectue ne présentent aucune importance pour l'étendue de l'assurance. Donc, aucune distinction de fortune ne doit avoir lieu lorsqu'il s'agit de l'assurance obligstoire et tous les travailleurs doivent y être soumis.

Respectant le principe posé sur l'étendue de l'assu-

rance à toutes les personnes qui travaillent sur le territoire de l'Etat serbo-croate-slovène, le décret-loi ne fait aucune distinction entre les travailleurs nationaux et les travailleurs étrangers (1).

Aux yeux de notre législateur les travailleurs étrangers sont assimilés aux travailleurs nationaux pour tout ce touche aux droits et obligations en matière d'assurance ouvrière contre la maladie et les accidents du travail, car le législateur estime que la notion de l'assurance découle du contrat de travail, qui peut être conclu aussi bien par les travailleurs étrangers que par les travailleurs nationaux.

Toutefois, cette assimilation n'est accordée qu'aux travailleurs ressortissant des Etats étrangers où l'assusance contre la maladie et les accidents du travail a été l'objet d'une règlementation légale, par laquelle l'équivalence du traitement prévu par le décret-loi est garantie aux travailleurs ressortissant de l'Etat serbo-croate-slovène se trouvant occupés sur le territoire de l'Etat étranger considéré.

Comme on le voit, c'est l'application pure et simple du principe de la réciprocité législative.

En ce qui concerne les travailleurs étrangers ressortissant d'un Etat, où l'assurance ouvrière contre ces deux risques ne fait l'objet d'aucun texte législatif ou de l'Etat étranger qui possède dans sa législation des textes pour règlementer la question d'assurance ouvrière, mais dont les textes ne garantissent pas l'équivalent du

(1) « Les étrangers occupés sur le territoire de l'Etat des Serbes, Croates et Slovènes sont assimilés aux nationaux. A l'égard des ressortissants des Etats étrangers où l'assurance ouvrière contre la maladie et les accidents a été l'objet d'une règlementation légale, qui ne garantit pas l'équivalence du traitement à nos nationaux occupés sur le territoire étranger, le Ministre de la Politique Sociale est autorisé à prescrire les dispositions spéciales. » (Art. 7, § 3).

traitement fixé par le décret-loi, le législateur autorise le Ministre de la Politique Sociale à prescrire les dispositions spéciales qui seront appliquées aux travailleurs ressortissant de l'Etat en question.

Ce même principe de réciprocité sert aussi de base aux solutions des conflits de lois qui peuvent s'élever en matière d'assurance ouvrière. Le décret-loi, en effet, prévoit le cas où les travailleurs nationaux se trouvent à l'étranger à titre permanent, occupés dans des exploitations qui appartiennent également aux nationaux. On peut se demander en ce cas : quelle est la loi qui doit être appliquée à ces personnes étrangères au pays où elles sont occupées, en ce qui concerne l'obligation de l'assurance ouvrière ? Sera-ce la loi de l'Etat étranger qui doit être appliquée en pareil cas, ou celle de l'Etat auquel appartiennent ces travailleurs ?

Conformément aux principes du Droit international privé, le décret-loi laisse à l'Etat étranger le soin de régler cette question, d'appliquer sa législation en matière d'assurance ouvrière, à laquelle devaient être soumis les travailleurs en général, sans distinction de nationalité. Ce n'est qu'en l'absence de ces textes dans la législation étrangère, que le décret-loi se charge lui-même de règlementer l'assurance des travailleurs nationaux lorsqu'ils se trouvent à l'étranger.

Le décret-loi procède de la même manière lorsqu'il s'agit des nationaux occupés temporairement à l'étranger. Ils ne sont donc pas assujettis à l'assurance obligatoire conformément aux dispositions du décret-loi, s'ils ont été assurés contre la maladie et les accidents du travail d'après la législation en vigueur dans l'Etat étranger. (1)

(1) « Les nationaux, occupés à l'étranger à titre permanent dans les exploitations appartenant aux nationaux, sont assujettis à l'obligation

Ainsi donc le décret-loi régit les travailleurs nationaux et les travailleurs étrangers.

Toujours dans le but de rendre générale l'assurance obligatoire et d'étendre les bienfaits de l'assurance à la totalité de la classe ouvrière, le décret-loi assimile les travailleurs à domicile aux travailleurs des ateliers.

Le législateur estime, et avec raison, que la condition fondamentale requise pour l'existence de l'obligation de l'assurance est le travail, qui est la base même du droit d'assurance. Par conséquent, peu lui importe que le travail soit effectué par le travailleur à son domicile ou dans l'atelier du patron.

Pour la même raison que la précédente, le décret-loi soumet à l'obligation de l'assurance les personnes qui se livrent au travail, dans les ateliers leur appartenant en propre, pour le compte et sur l'ordre d'autres personnes qui s'occupent du commerce, du métier et de l'industrie, lors même que les travailleurs, qui fournissent le travail dans ces conditions, se procurent eux-mêmes les matières premières et auxiliaires et travaillent accessoirement pour leur propre compte.

Cette disposition concerne la catégorie des travailleurs, qui comme rémunération de leur travail effectué, retiennent non seulement le salaire dû, mais encore un profit patronal. C'est la catégorie des travailleurs, qui forme un échelon intermédiaire entre l'ouvrier, qui ne touche que son salaire, et le patron indépendant. En

de l'assurance dans les conditions définies aux articles 3 à 6 du présent décret-loi, à moins qu'ils ne soient déjà assurés en vertu des lois de l'Etat où ils travaillent.

Les nationaux, visés au paragraphe précédent mais occupés à titre temporaire à l'étranger, sont admis à bénéficier de l'assurance instituée par le présent décret-loi, à moins qu'ils n'aient été assurés contre la maladie et les accidents en vertu des lois en vigueur dans l'Etat où ils travaillent. » (Art. 7, §§ 1 et 2).

raison de cette situation particulière, on pourrait craindre de nombreuses et longues discussions dans la doctrine et la jurisprudence lors de l'appréciation de la nature spéciale de ces travailleurs et le législateur a jugé nécessaire de préciser leur situation en matière d'assurance ouvrière en les assimilant aux autres ouvriers salariés qui sont comme tels soumis à l'assurance obligatoire.

En ce qui concerne les gens de mer, avant le décret-loi l'assurance contre la maladie et les accidents du travail n'était règlementée que partiellement et insuffisamment. La raison en est dans le manque à peu près complet des dispositions uniformes en matière de Droit maritime. A cet égard existaient plusieurs textes, dont il faut mentionner surtout celui de l'*Editto politico di navigazione mercantile* (1). Non moins importantes sont les dispositions du *Code maritime français*, dont l'influence se fit sentir surtout pendant l'exercice de l'administration française dans les pays maritimes serbo-croate-slovènes, au commencement du siècle dernier. Les dispositions du *Code italien de la marine marchande*, plus particulièrement le livre II de ce Code, comme celles d'un Etat voisin avec lequel existaient des relations fréquentes et directes, ont joué également un certain rôle dans le règlement de l'assurance des gens de mer en cas de maladie et d'accident de travail.

Le décret-loi du 27 juin 1921, qui vient d'établir un régime uniforme en matière d'assurance ouvrière, en général, abroge tous ces textes, jusqu'ici en vigueur dans l'assurance des gens de mer, et les remplace par les dispositions édictant l'assurance obligatoire et uniforme.

(1) Du 25 avril 1774 avec ses dispositions additionnelles postérieures de 1847.

L'assurance s'étend d'abord à toutes les personnes faisant partie de l'équipage des navires nationaux, ainsi qu'aux personnes qui gagnent leur vie dans la pêche maritime. Les personnes de ces deux catégories sont soumises à l'obligation de l'assurance contre la maladie et les accidents du travail lors même qu'elles se trouvent à l'étranger.

En outre, le décret-loi soumet à l'assurance le patron lui-même, lorsqu'il fait partie de l'équipage et si son bâtiment, d'une jauge de cinquante tonneaux au plus, n'est pas installé pour être mû par la vapeur ou d'autres moteurs mécaniques, ni n'est une dépendance d'un bâtiment plus grand.

Les patrons des navires destinés à la pêche maritime sont également assujettis à l'obligation de l'assurance, s'ils font partie de l'équipage et si leurs navires ne sont munis d'aucun moteur à vapeur ou d'autre moteur mécanique, à moins qu'il ne s'agisse d'un moteur auxiliaire (art. 3).

§ 2. — *Personnes assurées volontairement*

Le décret-loi, tout en prescrivant l'assurance obligatoire contre la maladie et les accidents du travail, a, cependant voulu laisser à d'autres catégories de personnes, qu'il ne soumettait pas à cette assurance, la faculté de s'assurer elles aussi de leur propre initiative contre ces deux risques.

A cet effet, le décret-loi autorise le Ministre de la Politique Sociale à prescrire par voie d'ordonnance le mode et les conditions d'admission de ces personnes à l'assurance (art. 4).

La participation volontaire à l'assurance peut se réaliser sous deux formes. En premier lieu, c'est le cas d'une personne qui n'étant pas assujettie à l'obligation

de l'assurance, d'après le décret-loi, s'y affilie librement ; en deuxième lieu, il s'agit d'une personne qui continue de sa propre initiative de participer à l'assurance (à laquelle elle était soumise conformément aux textes législatifs en vigueur avant le décret-loi), lors même que le décret-loi ne l'y soumet plus ; ou c'est une personne qui cesse de participer à l'assurance à laquelle elle était assujettie par le décret-loi, mais qui désire continuer sa participation à l'assurance.

La première forme, l'affiliation volontaire, s'effectue moyennant une déclaration adressée à la caisse d'assurance ouvrière de département compétente.

La deuxième forme sous laquelle l'assurance facultative peut se produire, est la continuation volontaire de l'assurance. Elle peut se présenter lorsqu'une personne, après avoir abandonné l'occupation qui motivait l'assurance obligatoire, exprime le désir de continuer sa participation à l'assurance, ou encore c'est le cas d'une personne qui était antérieurement soumise à l'assurance conformément aux textes législatifs alors en vigueur et qui, ne l'étant plus actuellement selon le décret-loi, désire rester membre de la caisse d'assurance ouvrière.

Cette continuation volontaire de l'assurance est soumise à certaines conditions.

Aux termes des articles 4 et 52 du décret-loi, il faut :

1° que la personne en question paie ses cotisations échues ;

2° qu'elle continue à verser ses cotisations, qui sont désormais à sa charge personnelle pour leur totalité ;

3e qu'elle continue à demeurer sur le territoire de l'Etat de Serbes, Croates et Slovènes.

Les personnes assurées volontairement sous une de ces deux formes jouissent des mêmes droits et sont soumises aux mêmes obligations que les personnes soumises à l'obligation de l'assurance, sauf en ce qui con-

cerne le paiement des cotisations, qui sont à la charge de la personne assurée volontairement pour leur totalité comme nous l'avons vu.

§ 3. — *Personnes exemptées ou dispensées de l'assurance.*

Le décret-loi du 27 juin 1921, après avoir édicté l'obligation de l'assurance pour la totalité de la classe ouvrière a prévu quelques exceptions à cette obligation, par lesquelles un certain nombre de catégories de personnes échappent aux dispositions du décret-loi.

Dans son article 5, le décret-loi *exempte* de l'assurance les catégories suivantes de personnes :

1° les ouvriers et les domestiques agricoles ;

2° les individus internés dans des maisons de correction et les prisonniers occupés dans les ateliers des maisons de détention ;

3° les personnes qui effectuent les occupations de ménage de nature temporaire et par occasion ;

4° les personnes occupées dsns la pêche maritime ;

5° le personnel des entreprises de transport exploitées par l'Etat.

1° En ce qui concerne les personnes de la première catégorie, elles se trouvent exemptées de l'assurance pour cause de diversité des conditions locales dans lesquelles elles effectuent le travail et à cause également de leur nombre important. Un texte spécial et plus souple, en même temps, que le décret-loi, est donc nécessaire pour organiser l'assurance de ces personnes.

Cependant, en attendant que l'assurance contre la maladie et les accidents des ouvriers et domestiques agricoles soit organisée par un texte spécial, le décret-loi oblige dès à présent un certain nombre de personnes de cette catégorie. Ce sont les personnes exposées aux risques d'accident causé par la chaudière ou le moteur,

occupées dans les entreprises agricoles où l'on fait usage d'une chaudière à vapeur ou d'un moteur actionné par une force élémentaire (vent, eau, gaz, air chaud, électricité, etc...) ou par la force des animaux.

2° La deuxième catégorie de personnes exemptées de l'assurance comprend les individus internés dans des maisons de correction, ainsi que les prisonniers qui peuvent être occupés dans les ateliers des maisons de détention.

Bien que le législateur, comme nous l'avons vu, considère le travail comme la condition fondamentale pour l'existence de l'obligation de l'assurance, les personnes de cette catégorie n'entrent pas dans le cadre normal de l'assurance, lors même qu'elles effectuent un travail. C'est parce qu'aux yeux du législateur les conditions de ce travail ne sont pas librement débattues entre les parties et, d'autre part, aucun contrat de travail n'est conclu. Les détenus et les prisonniers ne doivent donc pas être assimilés aux travailleurs libres et indépendants, qui seuls ont le droit d'être assurés selon les dispositions du décret-loi.

Une autre raison de cette exemption doit être cherchée dans l'obligation imposée aux établissements pénitentiaires par des textes spéciaux, de subvenir aux besoins des détenus et des prisonniers en cas de maladie et d'accident du travail, dans quel but ces établissements disposent de ressources spéciales.

3° A titre d'exemple de personnes de troisième catégorie qui sont exemptées de l'assurance, le décret-loi cite les journaliers qui s'occupent de nettoyer l'appartement, de scier le bois, de laver le linge, d'arranger le jardin, ou, en général, d'une autre besogne analogue, d'une durée infime et à titre passager. Ce sont donc les personnes s'occupant de ménage temporairement et par occasion.

Le législateur exempte de l'assurance ces personnes, parce qu'il estime que ceux au service desquels elles se

trouvent provisoirement, ne doivent pas être soumis à l'observatiion des formalités administratives imposées par le décret-loi et que, d'autre part, ces personnes temporairement occupées qui n'appartiennent que par intermittence à la classe des salariés, doivent être régies par des dispositions autres que celles du décret-loi.

En effet, le décret-loi dispose dans son article 5 al. 2, que les personnes de cette catégorie, ainsi que celle des deux premières catégories, doivent être assurées conformément aux dispositions statutaires spéciales, qui fixeront le mode et l'organisation de l'assurance de ces personnes. Ces statuts doivent être établis par le Ministre de la Politique Sociale d'accord avec les Ministres compétents.

4° La quatrième catégorie des personnes échappant aux dispositions du décret-loi, est celle des personnes qui s'occupent de la pêche maritime. Toutefois cette exemption n'est que provisoire, car à la différence des trois catégories précédentes qui sont exemptées définitivement de l'assurance telle que la prévoit le décret-loi et soumises aux dispositions spéciales des statuts élaborés à cet eflet, les personnes de cette catégorie restent soumises aux dispositions du décret-loi, mais seulement elles ne pourront bénéficier de l'assurance jusqu'à ce qu'une ordonnance du Ministre de la Politique Sociale, rendue d'accord avec le Ministre des Eaux et de l'Agriculture, intervienne et fixe la date à partir de laquelle l'assurance pour ces personnes commencera son fonctionnement.

5° Enfin, la dernière catégorie des personnes qu'il nous reste à voir est celle du personnel des entreprises de transport exploitées par l'Etat.

Les personnes de cette catégorie sont exemptées de l'assurance organisée par le décret loi si le Ministère des Transports leur fournit au moins les mêmes secours en cas de maladie et d'accident du travail, que ceux prévus par le décret loi, et si le personnel de ces entreprises possède le droit d'exercer, lors de la détermination de

ces secours, son inflrence dans la mesure que le décret loi reconnait aux autres personnes soumises à l'assurance.

A cet effet, le Ministre des Transport, d'accord avec le Ministre de la Politique Sociale, est autorisé d'organiser l'assurance du personnel des entreprises de transport exploitées par l'Etat, dont le mode sera fixé par un texte spécial.

En dehors de ces exemptions de l'assurance, dont nous venons de parler le decret-loi vise expressément deux classes de personnes *dispensées* de l'assurance (art. 6)

Ce sont :

a) les personnes occupées dans les établissements ou services de l'Etat, des régions, des départements, des arrondissements, des municipes, des communes, des fondations, et, en général des établissements publics; et

b) les employés dans les entreprises de chemins de fer et de navigation à vapeur affectées au service public.

Ces deux classes de personnes ne sont pas soumises à l'obligation de l'assurance contre la maladie, si l'administration, à laquelle elles appartiennent leur assure, par le règlement de service en vigueur, le salaire ou le traitement, même en cas de maladie, pendant une durée de vingt six semaines au moins à compter du début de la maladie.

Ces mêmes personnes sont dispensées de l'assurance contre les accidents, si elles sont titulaires d'un droit à une pension en cas d'accident, pension dont le montant est équivalent au moins à celui de l'indemnité fixée par le décret loi.

Le décret loi prévoit également une ordonnance, rendue par le Ministre de la Politique Sociale de concert avec les Ministres compétents, dans le but de déterminer l'étendue de la dispense de l'assurance, ainsi que les statuts spéciaux pour régler les questions de détail,

concernant les soins et secours à allouer, en cas de maladie, d'accouchement ou de décès, aux personnes dispensées de l'assurance et aux membres de leur famille.

Le décret loi dispense ces personnes de l'assurance, parce que le législateur estime qu'elles sont suffisamment protégées contre la maladie et les accidents sans qu'il y ait lieu à les soumettre à l'assurance organisée par le décret loi.

CHAPITRE II

Objet de l'Assurance

C'est un objet général et adopté en matière d'assurance ouvrière par tous les législateurs, que celui de garantir la classe ouvrière contre l'incapacité de travail et les conséquences qui en résultent.

Suivant que le travailleur se trouve dans l'impossibilité de gagner sa vie et de faire vivre les siens par suite d'une maladie ou d'un accident, d'invalidité ou de vieillesse ou enfin de décés ou de circonstances économiques anormales (chômage par exemple), les législateurs se sont préoccupé d'intervenir pour améliorer le sort des travailleurs et un mouvement législatif général s'est produit partout.

Notre législateur, s'occupait également de ce problème et ses efforts ont abouti à la création du décret loi du 27 juin 1921, dont les chapitres VIII et IX nous font connaître dans quelle mesure et par quels moyens un travailleur est assuré en cas de maladie ou d'accident.

L'objet de l'assurance organisée par le décret loi est donc de fournir les secours au travailleur malade ou victime d'un accident.

Mais élargissant le cadre de l'*assurance contre la maladie* par l'assimilation de l'accouchement à une maladie et étendant les bienfaits de l'assurance aux membres des familles des assurés, le législateur a, en

même temps, réglementé l'*assurance maternelle* et l'*assurance familiale*.

Ainsi donc le décret loi organise quatre branches d'assurance dont nous allons exposer l'objet dans les quatre paragraphes suivants.

§ I. — *Assurance contre la maladie*

L'assurance contre la maladie a pour objet :

A) de secourir les assurés en cas de maladie ; et

B) de les aider en cas d'incapacité de travail résultant de la maladie.

Mais il n'est pas nécessaire que l'assuré malade soit en même temps incapable de travailler pour avoir droit aux secours. L'assurance intervient aussi bien au cas de maladie n'entrainant aucune incapacité de travail que dans le cas où l'incapacité de travail existe après la maladie de l'assuré.

Ainsi donc, l'objet de l'assurance contre la maladie est double ou non suivant que ces éventualités se présentent ensemble ou séparément.

A) *Secours prévus par le législateur au profit des assurés malades.*

Ces secours sont les suivants :

1° les soins médicaux ;

2° les soins pharmaceutiques ;

3° le traitement et l'entretien dans les hôpitaux ; et

4° si la maladie de l'assuré se termine par son décès, une indemnité funéraire.

I. *Les soins médicaux*, auxquels les assurés malades ont droit, consistent dans le traitement fourni par un médecin. Ce médecin est choisi ou désigné par l'organe de l'assurance et à cet effet entre l'organe de l'assurance et le médecin un contrat est conclu, dont les dispositions fixent le montant des honoraires médicaux ainsi que

les obligations du médecin vis-à-vis de l'organe de l'assurance.

Les assurés sont tenus toujours, en cas de besoin, de se faire soigner par ce médecin et ils n'ont pas la faculté de s'adresser à un autre médecin. Les soins médicaux sont fournis gratuitement ou, plus exactement, ils sont à la charge de l'assurance.

Si l'assuré se fait soigner par un médecin autre que celui engagé par l'assurance, les frais qui en résultent ne sont pas à la charge de cette assurance. Mais en cas d'extrême urgence prouvée, il est permis aux assurés de s'adresser au médecin de leur choix et les frais de soins médicaux dans ce cas doivent être supportés par l'organe de l'assurance.

Au cas où le contrat au sujet du traitement des assurés ne peut être conclu entre l'assurance et le médecin, le décret-loi oblige les médecins au service de l'Etat ou d'autres personnes administratives à fournir les soins médicaux aux assurés moyennant des honoraires fixés par un tarif.

A côté de ce système obligatoire quant au choix du médecin, le législateur prévoit également le système libre dans cette question, où les assurés peuvent choisir en cas de besoin le médecin qui leur plait. Cette liberté laissée aux assurés doit se justifier par le fait que dans certaines régions le nombre des médecins est insuffisant, ce qui ne permet pas aux organes de l'assurance de choisir ou de désigner le médecin pour leurs membres.

Quoiqu'il en soit, le médecin une fois engagé par l'organe de l'assurance ou choisi par l'assuré lui-même (dans le système libre), les soins médicaux donnés par lui doivent être fournis aux assurés malades pendant la maladie durant une période de vingt six semaines et même au delà tant qu'il reçoive l'indemnité pécuniaire de maladie. Toutefois les soins médicaux ne peuvent

en aucun cas être fournis pour plus d'une année.

Les frais causés par les soins médicaux sont à la charge de la caisse d'assurance comme nous l'avons vu. A cette règle générale, le décret loi prévoit une exception en ce qui concerne les assurés faisant partie de l'équipage d'un navire, qui tombent malades à bord.

Dans ce cas, c'est le propriétaire du navire qui est tenu de soigner gratuitement l'assuré malade. Cette obligation lui incombe également pour les assurés qui tombent malades dans un port étranger (touché par le navire) et dont l'état de santé n'exige pas leur débarquement définitif.

C'est seulement au cas où les assurés de cette catégorie sont débarqués pour cause de maladie que la caisse d'assurance doit s'occuper. Si le débarquement a eu lieu dans un port étranger, la caisse s'acquitte de cette obligation par l'intermédiaire de l'office consulaire.

2. — *Soins pharmaceutiques.* — Après avoir reconnu aux assurés le droit aux soins médicaux en cas de maladie, le décret loi dans son art. 42 § 2 leur donne également le droit aux soins pharmaceutiques.

Ces soins consistent dans les médicaments, les cures thermales, les eaux minérales, ainsi que dans la fourniture des appareils thérapeutiques (lunettes, béquilles, bandages herniaires, jambes artificielles etc.). En outre les assurés malades tuberculeux ont droit à une certaine quantité de lait.

Ces soins sont fournis aux assurés gratuitement par les organes de l'assurance pendant vingt six semaines consécutives au moins et un an au plus. Quant aux appareils thérapeutiques nécessaires, ils peuvent être laissés aux malades tant qu'ils en ont besoin sans tenir compte du délai précité.

Si les soins pharmaceutiques, ainsi que les soins médicaux, ne peuvent pas être alloués aux assurés

malades, ces derniers doivent recevoir aux lieu et place de ces soins une indemnité en espèce dont le montant sera égal à celui de l'indemnité pécuniaire de maladie.

Pour les soins pharmaceutiques à fournir aux assurés malades faisant partie de l'équipage d'un navire, des dispositions analogues du décret-loi concernant les soins médicaux à donner à ces mêmes personnes, régissent cette question.

3. — *Traitement et entretien à l'hôpital.* — Aux lieu et place des soins médicaux et pharmaceutiques et de l'indemnité pécuniaire de maladie le décret loi dans son art. 50 autorise la caisse d'assurance à allouer à ses membres malades le traitement à l'hôpital avec l'entretien.

Le traitement et l'entretien à l'hôpital comprennent la gratuité du logement, de la nourriture, des vêtements, de la fourniture des soins médicaux et pharmaceutiques, ainsi que le transport du malade à l'hôpital et les frais du voyage à sa sortie de l'hôpital, si l'assuré réside dans un lieu autre que celui de l'hôpital.

Aux yeux du législateur ce mot d'hôpital signifie non seulement les hôpitaux publics, mais encore les cliniques universitaires et privées, les maisons de santé, les maisons d'accouchement et en général tout établissement destiné à recevoir des malades et installé à cet effet.

Pour s'acquitter de son obligation vis-à vis des assurés malades en tant qu'ils ont besoin d'être hospitalisés, la caisse d'assurance ouvrière a à sa disposition les hôpitaux publics et les établissements qu'elle a crées de ses propres moyens.

Les frais du traitement et de l'entretien dans les hôpitaux publics, y compris les cliniques universitaires et les maternités, sont à la charge de la caisse d'assurance ouvrière. Ces frais sont calculés au taux de la dernière classe si le malade y est envoyé par la caisse ou si elle consent à cet envoi ultérieurement.

La durée de l'hospitalisation dans ces deux cas est déterminée par la caisse d'assurance ouvrière, mais elle ne peut dépasser la durée de l'allocation de secours de maladie déterminée par les statuts ou le décret loi.

Dans les établissements sanitaires crées par la caisse d'assurance ouvrière pour hospitaliser ses membres, la durée de l'hospitalisation et les frais qui en résultent sont fixés par les statuts établis par la direction de la caisse centrale d'assurance ouvrière.

En cas de besoin, la caisse d'assurance ouvrière peut recourir aux hôpitaux privés et aux établissements sanitaires appartenant aux particuliers. Seulement, dans ce cas une convention préalable doit être établie entre la caisse et l'hôpital ou l'établissement privé pour fixer les conditions de l'hospitalisation.

En dehors de ces cas d'hospitalisation prévus par le décret loi et dont la charge incombe à la caisse d'assusance ouvrière, aucun autre mode d'hospitalisation des assurés aux frais de la caisse n'est permis. Ainsi, si un assuré se trouve hospitalisé sans qu'il y fut envoyé par la caisse d'assurance ouvrière, ou sans qu'elle y ait consenti ultérieurement ou enfin, s'il se trouve dans un hôpital ou établissement privé avec lequel aucune convention n'a été conclue, les frais occasionnés par cette hospitalisation ne sont pas à la charge de la caisse d'assurance ouvrière.

Toutefois une exception est admise par le législateur. C'est le cas d'extrême urgence, où l'assuré peut être hospitalisé aux frais de la caisse même dans les hôpitaux et établissements privés avec lesquels aucune convention n'est conclue.

C'est suivant les diverses circonstances que la caisse d'assurance ouvrière décide l'hospitalisation d'un de ses membres malades. En premier lieu, elle tient compte de la nature de la maladie et de l'avis du médecin traitant,

ensuite, elle apprécie si l'assuré malade vit en ménage avec son conjoint ou avec un autre membre de sa famille ou si pour tout autre motif il peut être convenablement soigné chez lui pour que cet assuré ait le droit de rester à son domicile. Le décret loi vise expressément les cas suivants où l'hospitalisation doit être ordonnée par la caisse :

a) si la maladie est contagieuse et de nature telle qu'elle exige le traitement à l'hopital ; et

b) si le malade ne se conforme pas aux prescriptions du médecin traitant et retarde ainsi sa guérison.

Nous avons vu que les frais d'hospitalisation sont, en général, à la charge de la caisse d'assurance ouvrière. Mais s'il s'agit de maladies vénériennes, d'aliénation mentale et de tuberculose, les frais occasionnés par les malades sont à la charge de l'Etat, qui possède les crédits nécessaires, dans le but de protéger la santé publique, conformément aux dispositions légales spéciales.

4. — *Indemnité funéraire.* — Si la maladie de l'assuré se termine par le décès, une indemnité pécuniaire pour couvrir les frais funéraires est prévue par le décret-loi.

L'indemnité funéraire consiste donc en une somme d'argent, dont le montant est égal au moins à trente fois le salaire quotidien moyen du défunt ; ce montant peut être élevé, si la situation financière de la caisse le permet, à quarante cinq fois le salaire quotidien moyen au maximum.

En principe, l'indemnité funéraire doit être versée entre les mains du conjoint survivant. Ce n'est qu'en l'absence de ce conjoint que l'indemnité est remise aux membres de la famille de l'assuré décédé qui ont pourvu aux funérailles du défunt. A défaut de ces derniers, le décret loi permet aux autres personnes, ainsi qu'à la caisse d'assurance elle-même, de se charger de l'enterre-

ment et d'exiger le remboursement de frais occasionnés jusqu'à concurrence du montant de l'indemnité funéraire. Ce remboursement n'a pas lieu quand c'est une fondation qui effectue l'enterrement.

Le versement de l'indemnité funéraire entre les mains du bénéficiaire doit être eflectué par la caisse d'assurance ouvrière au plus tard le lendemain du décès. Toutefois, ce versement, en ce qui concerne l'assuré qui a épuisé les secours prévus par le décret-loi, n'a lieu que si son décès survient à la suite de la maladie durant laquelle il était secouru par la caisse et si une période de moins de deux ans s'est écoulée depuis la cessation des secours.

B. *Secours prévu par le législateur au profit des assurés en cas d'incapacité de travail résultant d'une maladie.*

Secours pécuniaire. — Si par suite d'une maladie l'assuré se trouve dans l'impossibilité d'utiliser sa capacité réguliere de travail pendant plus de trois jours, le décret-loi lui attribue le droit à un secours pécuniaire afin de compenser dans une certaine mesure la perte de salaire que l'assuré subit pendant la durée de son incapacité de travail. Donc, le droit à ce recours n'est attaché qu'à l'incapacité de travail qui résulte d'une maladie. C'est la condition fondamentale, et par conséquent un assuré malade conservant sa capacité de travail pendant sa maladie. ne saura prétendre à aucun droit de secours pécuniaire. D'autre part, cette incapacité de travail doit être assez grave pour durer plus de trois jours, sinon elle ne donne aucun droit à une indemnité pécuniaire.

En dehors de ce cas, le législateur prévoit aussi un autre cas où un secours pécuniaire doit être alloué. C'est le cas où l'assuré se trouve privé de son travail par

suite de l'isolement ordonné par l'autorité sanitaire en cas de maladies offrant un danger général. Ces maladies ainsi visées sont : la peste, le choléra, la variole, le typhus. Le secours pécuniaire alloué dans ce cas, a pour but, comme dans le cas précédent, de compenser la perte de salaire.

Toutefois, pour le secours alloué dans ce second cas, la caisse d'assurance a le droit d'exiger de l'Etat le remboursement de ce secours, vu que l'Etat dispose des crédits nécessaires pour lutter contre ces maladies.

Comme nous l'avons vu, le secours pécuniaire a pour but d'indemniser la perte de salaire, dont les conséquences sont des plus graves pour celui qui la subit, vu le caractère alimentaire du salaire. Aussi le décret-loi, dans le but de protéger sur ce point l'assuré, victime d'un chômage involontaire, ordonne que le secours pécuniaire soit versé à l'assuré lui-même, à la fin de chaque semaine.

Une exception toutefois est admise par le législateur en ce qui concerne le patron, qui pendant la maladie de l'assuré lui fournit le logement, la nourriture et les soins nécessaires. Le patron en ce cas peut toucher le secours pécuniaire au lieu de l'assuré, mais pour qu'il n'y ait pas d'abus, le législateur exige que l'assuré soit consulté et qu'il y consente.

L'allocation du secours pécuniaire commence à partir du premier jour de la maladie et, par conséquent, du premier jour de l'incapacité de travail et dure tant que l'assuré reste incapable de travailler, mais pendant vingt-six semaines au plus. Si l'incapacité de travail provient de l'isolement de l'assuré, le secours pécuniaire doit être alloué pendant la durée de l'isolement, sans dépasser toutefois vingt-six semaines.

Le montant de ce secours, en principe, est égal aux deux tiers du salaire quotidien. Mais ce montant peut

être élevé lorsque les comptes annuels accusent un excédent des recettes. Cette augmentation est décidée par l'assemblée générale de la caisse, suivant les moyens dont la caisse dispose, mais le secours pécuniaire ainsi augmenté ne doit dépasser en aucun cas le montant du salaire quotidien moyen. Ce salaire, qui sert de base lors de la détermination du montant de l'indemnité pécuniaire est différent, suivant les classes de salaire dans lesquelles sont répartis les assurés. Cette répartition en classes est effectuée par le Ministre de la Politique Sociale sur la proposition de la caisse centrale d'assurance ouvrière.

Pour ne pas imposer à la caisse d'assurance la charge d'une comptabilité difficile et souvent impossible, qui pourrait provenir des modifications récentes et fréquentes du taux de salaire moyen quotidien, le décret-loi prescrit que les modifications du taux de ce salaire qui surviennent dans les quatre semaines qui précèdent le commencement de l'allocation du secours pécuniaire, sont sans aucun effet sur la détermination de ce secours. Le secours pécuniaire sera fixé dans ce cas suivant le taux de salaire quotidien moyen qui existait antérieurement à ces modifications.

Après avoir déterminé les conditions dans lesquelles l'assuré peut bénéficier du droit au secours pécuniaire, le législateur confère le droit à la caisse d'assurance ouvrière de frapper de déchéance du droit à ce secours les assurés qui ont provoqué intentionnellement leur maladie, ainsi que ceux qui ne se conforment pas aux prescriptions du médecin traitant et retardent ainsi leur guérison.

§ 2. — *Assurance maternelle.*

Le grave problème de la dépopulation et les remèdes à y apporter sont aujourd'hui plus que jamais à l'ordre du jour dans tous les pays, en l'Etat des Serbes, Croates et Slovènes plus pariculièrement, où par suite de la dernière guerre la population a diminué dans des proportions inquiétantes. D'aure part, l'emploi des femmes dans l'industrie, de plus en plus grandissant, a souligné la nécessité d'une intervention du législateur pour organiser l'assurance maternelle qui jusqu'ici ne l'était que dans une mesure partielle et insuffisante.

En effet, les textes législatifs, appliqués en matière d'assurance ouvrière dans les pays serbo-croate-slovènes avant le décret-loi du 27 juin 1921 ne contenaient au sujet de l'assurance maternelle que des dispositions qui réglementaient les conditions de l'emploi des femmes dans l'industrie pendant une certaine période avant et après l'accouchement, de manière à éviter la maladie et les accidents auxquels sont exposées les femmes durant cette période.

Notre législateur, en se chargeant d'organiser l'assurance contre la maladie, a organisé en même temps l'assurance maternelle sur une base plus étendue en assimilant l'accouchement à la maladie.

Par conséquent, l'objet de l'assurance maternelle est :

1° de secourir l'assurée en cas d'accouchement ;

2° de lui venir en aide en cas d'incapacité de travail résultant de l'accouchement, et

3° ce qui est spécial à cette branche d'assurance, de réduire la mortalité infantile.

Toutefois ces secours ne sont dus qu'à l'assurée en couches qui, dans la période des douze mois qui précèdent le jour de l'accouchement, a fait partie de la

caisse d'assurance trois mois au moins d'une manière continue.

1° Les secours prévus par le décret-loi au profit des assurées en couches sont les mêmes que ceux qu'il reconnaît aux malades. Les assurées en couches ont droit, par conséquent, à la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques dans les limites que nous connaissons. Ces secours peuvent être fournis aux assurées soit à leur domicile, soit à une maison de maternité où elles doivent être admises pour leur accouchement.

2° En ce qui concerne l'incapacité de travail des assurées en couches résultant de l'accouchement, le législateur considère cette incapacité comme légitime pendant les six semaines qui précèdent l'accouchement et pendant le même nombre de semaines qui suivent la délivrance. Le décret-loi trouve donc, à l'exemple des textes législatifs antérieurs, qu'il est nécessaire à la mère de se reposer dans les dernières semaines de la grossesse, ainsi que dans les premières semaines qui suivent la délivrance, ce qui est en même temps un grand bienfait pour l'enfant. Mais en admettant la nécessité de ce repos, le décret-loi ne s'arrête pas là ; il pousse plus loin encore et il attribue à l'assurée en couches un secours pécuniaire qu'elle recevra pendant la durée de ce repos forcé et qui représente une partie du salaire qu'elle perd du fait de ce repos. Moyennant ce secours pécuniaire, l'assurée a la faculté de laisser son travail et de ne pas le reprendre trop prématurément ; d'autre part, ce secours permet à la femme de rester auprès de son enfant pendant les premiers jours de la naissance, quand les soins maternels sont les plus nécessaires.

C'est, d'ailleurs, sur ces motifs que le législateur base l'institution de ce secours, car si l'assurée bénéficiaire de ce secours se trouve occupée par son travail, pendant qu'elle le reçoit, par ce seul fait d'être occupée, elle

perd le droit au secours pécuniaire pendant tout le temps qu'elle travaille.

Le montant de ce secours s'élève au moins aux trois quarts du salaire quotidien moyen de l'assurée; il peut être augmenté jusqu'à concurrence du montant quotidien moyen, si la situation financière de la caisse le permet.

En ce qui concerne la durée de l'allocation, le législateur prescrit que le secours doit être alloué pendant les six semaines qui suivent l'accouchement. La durée ainsi fixée de l'allocation peut être prolongée de six semaines encore, de manière que le maximum de la durée de l'allocation dans la période qui suit l'accouchement s'élève à douze semaines.

Si à l'expiration de cette période l'assurée n'a pas reprise sa capacité de travail, le secours pécuniaire de maladie doit lui être alloué pendant tout le temps que dure l'incapacité de travail, dans les limites déterminées pour le cas de maladie.

Il va de soi que l'un et l'autre secours pécuniaire ne peuvent être touchés par une même personne simultanément. Le décret-loi, dans son article 47 prohibe formellement le cumul de ces secours.

Le droit reconnu à la caisse d'assurance ouvrière de supprimer le secours pécuniaire de maladie ou d'accouchement peut être invoqué toutes les fois que l'assurée, dans l'intention de contrevenir, ne se conforme pas aux prescriptions du médecin traitant.

3° Les bienfaits qui résultent de l'allocation du secours pécuniaire et du repos au profit de l'assurée en couches, produisent évidemment les conséquences les plus heureuses en ce qui concerne l'enfant. Pour être plus complet sur ce point, le législateur prévoit quelques autres secours à allouer aux assurées en couches.

Tout d'abord un secours pécuniaire doit être alloué pour venir en aide aux parents dans l'achat de linge et vêtement pour le nouveau-né. Ce secours doit être versé aux parents dans les trois jours au plus tard qui suivent la naissance. Le montant de ce secours est égal à quatorze fois le salaire moyen quotidien. Toutefois il n'est alloué qu'au cas où l'enfant est né vivant.

Pour encourager les mères qui allaitent elles-mêmes leurs enfants, ce qui est très important au point de vue de la diminution de la mortalité des bébés, le décret-loi crée en espèces une *prime d'allaitement* au profit de ces mères assurées qui allaitent elles-mêmes leurs enfants.

La prime d'allaitement est allouée pendant les vingt semaines qui suivent la cessation de l'allocation du secours pécuniaire d'accouchement. Le montant de cette prime s'élève à la moitié du salaire moyen quotidien, sans dépasser toutefois trois dinars par jour.

Lorsque l'assurée, bénéficiaire d'une prime d'allaitement, n'est pas à même d'allaiter elle-même son enfant (ce qui doit être constaté par un médecin, qui délivre un certificat à ce sujet), l'assurée a le droit de recevoir au lieu d'une prime d'allaitement les articles nécessaires pour nourrir l'enfant (lait, sucre, farine, etc.). La valeur de ces articles ainsi alloués ne doit pas excéder le montant de la prime.

§ 3. — *Assurance familiale.*

Le but de l'assurance tel que se le propose le décret-loi ne serait certainement pas atteint, si le législateur se bornait seulement à assurer les travailleurs et laissait hors de l'assurance les membres de leur famille.

En effet, un assuré, en cas de maladie ou de décès de l'un des membres de sa famille, se voit exposé à des

frais qui souvent dépassent ses ressources. D'autre part l'impossibilité pour ainsi dire complète, dans laquelle se trouve l'assuré de soigner son malade, puisqu'il ne peut abandonner son travail qui le fait vivre lui et les siens, cette impossibilité rend sa situation plus encore difficile. Le travailleur est donc obligé ou bien de faire des heures supplémentaires s'il trouve du travail, pour augmenter ses ressources ou bien de quitter son travail pour s'occuper de son malade. Dans l'un et l'autre cas les résultats sont bien fâcheux. Le travail supplémentaire permettra certainement à l'assuré d'augmenter ses ressources pour donner les soins nécessaires au malade, mais ce travail provoque une diminution de la force de résistance de l'assuré par la fatigue et le surmenage et par suite les risques d'accidents et de maladie sont augmentés, d'où un danger grave pour l'assuré. L'abandon du travail rend l'assuré libre pour venir en aide à son malade, mais en même temps, il le prive de son salaire.

Il y avait donc toujours lieu à une intervention législative pour étendre les bienfaits de l'assurance aux membres des familles des assurés et par suite d'alléger la charge qui pèse si lourdement sur les assurés ayant de la famille.

Le décret loi intervient sur ce point par les dispositions en vertu desquelles le droit aux secours en cas de maladie (l'accouchement y étant compris) et de décès est reconnu aux membres de la famille de l'assuré, qui vivent en ménage avec ce dernier et ne reçoivent aucune rémunération de leur travail.

Aux termes de l'art. 42 du décret loi sont considérés comme membres de la famille : le conjoint légitime ou illégitime, les enfants légitimes, illégitimes ou adoptés, les parents, les grands parents, les petits enfants, les frères et sœurs de l'assuré.

Les secours que le décret loi alloue à ces personnes sont obligatoires en cas de maladie et d'accouchement; en cas de décès, le secours n'est que facultatif, car il n'est alloué que si la situation financière de la caisse le permet.

a) *En cas de maladie* le membre de la famille de l'assuré, a droit à la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques dans les limites fixées pour les assurés eux-mêmes. Il perd ce droit le jour où l'assuré cesse de faire partie de la caisse d'assurance. L'hospitalisation peut lui être accordée également dans les conditions indiquées pour l'assuré ; seulement, la durée de l'hospitalisation du membre de la famille de l'assuré ne peut pas dépasser quatre semaines.

b) *En cas d'accouchement* le membre de la famille de l'assuré, en outre des secours alloués en cas de maladie, a droit au secours pécuniaire d'accouchement pendant les quatre semaines qui précèdent et les quatre semaines qui suivent l'accouchement. Le montant de ce secours s'élève à 1,50 dinar par jour. Le droit au secours pécuniaire affecté à l'achat du linge et des vêtements du nouveau-né est reconnu également aux membres de la famille de l'assuré. La durée et le montant de ce secours sont les mêmes que pour les assurés.

c) *En cas de décès* d'un membre de la famille de l'assuré, un secours pécuniaire est alloué pour couvrir les frais funéraires. Le montant de ce secours varie suivant l'âge du décédé. Ainsi pour la personne adulte il s'élève à 30 fois le salaire quotidien moyen de l'assuré, au plus ; pour l'enfant au dessous de 14 ans, il ne doit pas excéder 200 dinars au maximum ; quant à l'enfant au dessous de quatre ans, le secours s'élève, au maximum, à cent dinars ; enfin, en cas de décès d'un nouveau-né, le secours pécuniaire ne doit pas être supérieur à cinquante dinars.

Les sécours que nous venons d'énumérer sont prévus, comme nous l'avons vu, en cas de maladie, d'accouchement et de décès du membre de la famille de l'assuré, pour venir à l'aide de cet assuré. Mais le législateur prévoit égalemement un secours au profit des membres de la famille de l'assuré, eux-mêmes.

En effet, ces personnes par suite de l'hospitalisation de l'assuré se trouvent privées pour la plupart du soutien que leur donnait l'assuré et méritent d'être secourues par le législateur. Pour améliorer leur situation, le décret loi leur accorde le droit à recevoir un secours pécuniaire pendant la durée de l'hospitalisation de l'assuré. Ce secour s'élève à la moitié du secours pécuniaire de maladie que l'assuré aurait touché s'il avait été soigné à son domicile et à cause de son caractère alimentaire, ce secours doit être servi aux membres de la famille de l'assuré hospitalisé sans aucune exception. Toutefois, ce droit peut être refusé aux bénéficiaires s'ils ont provoqué la maladie qui a motivé l'hospitalisation de l'assuré.

Dispositions générales concernant les secours en cas de maladie.

La qualité de membre de la caisse d'assurance ouvrière et avec elle le droit aux secours alloués en cas de maladie sont acquis, en général, le jour où la personne soumise à l'assurance obligatoire entre au travail. Cette personne donc, acquiert de plein droit la qualité de membre et le droit d'être secourue même si aucune déclaration de son entrée au travail n'était faite auprès de la caisse.

Dans un cas seulement la déclaration d'entrée est exigée comme condition préalable pour l'acquisition de la qualité de membre et de droit aux secours. C'est le cas concernant les patrons, qui font partie de l'équipage et dont les bâtiments, d'une jauge brute de cinquante tonneaux au plus, sont soumis à l'obligation de

l'assurance. Ces personnes ne deviennent donc membre de la caisse que le jour où leur déclaration est parvenue à la caisse.

En principe, c'est par le travail que la personne soumise à l'assurance acquiert le droit d'être secourue en cas de maladie. Par conséquent, le jour où cette personne quitte le travail, elle perd le droit au secours et sa qualité de membre de la caisse d'assurance ouvrière. Pour des raisons spéciales, le législateur déclare que les assurés faisant partie de l'équipage des navires nationaux, cessent d'être membres de la caisse d'assurance ouvrière le jour où le navire perd le droit de porter le pavillon national.

En ce qui concerne la jouissance du droit aux secours, plusieurs cas peuvent se présenter, dont les solutions sont données par le législateur.

C'est d'abord le cas d'un assuré qui, après avoir fait partie de la caisse d'assurance ouvrière pendant six mois au moins dans le cours d'une année, se trouve par suite de chômage involontaire dans l'impossibilité de payer ses cotisations. Le législateur juge que l'assuré en question conserve son droit au minimum des secours légaux ou statutaires pendant les trois semaines qui suivent la cessation du travail par suite du chômage, mais à condition qu'il continue à demeurer sur le territoire de l'Etat des Serbes, Croates et Slovènes. Si l'assuré a participé à l'assurance pendant douze mois au moins dans le cours de deux années, il conserve le droit à ces secours pendant les six semaines qui suivent l'abandon du travail. Le législateur, qui n'a pas encore organisé l'assurance contre le chômage, a voulu par ces dispositions, fournir aux chômeurs malades des secours dans une certaine mesure, en attendant que la question de l'assurance contre le chômage soit réglée d'une manière plus complète.

L'accomplissement de l'exercice militaire périodique auquel est soumis l'assuré, ne fait pas cesser sa qualité de membre de la caisse d'assurance ouvrière. Seulement, pendant cette période il est dispensé de payer ses cotisations et puisque l'autorité militaire est tenue de lui fournir des secours en cas de maladie, l'assuré n'a pas droits à ces secours vis-à-vis de la caisse. Toutefois, les membres de sa famille conservent intégralement leur droit à ces secours. A l'expiration de cet exercice, l'assuré recouvre, naturellement, son droit aux secours et la caisse dont il est membre doit le secourir en cas de maladie même si cette maladie a été contractée pendant l'exercice militaire.

Ce n'est qu'en cas de conscription et à l'occasion de mobilisation en temps de guerre que la qualité de membre de la caisse cesse d'une manière définitive.

Le législateur a envisagé également le cas des assurés, qui, après avoir épuisé l'intégralité des secours légaux ou statutaires, sont encore atteint de la même maladie. En d'autres termes, il s'agissait de savoir : si le droit aux secours de maladie peut être renouvelé ?

Le législateur admet le renouvellement de ce droit, mais à condition :

1° que l'assuré en question, à l'expiration du service des secours ait repris son travail pendant huit semaines au moins, ou qu'il fut capable de travailler, bien qu'il ne fut pas occupé pendant la même durée ; et

2° si durant cette période il a fait partie de la caisse d'assurance ouvrière.

Ces conditions imposées à l'assuré, lors du renouvellement du droit aux secours, étaient nécessaires, car il est à redouter que certains assurés, que leur état de santé range plutôt dans la catégorie des invalides que dans celles des malades, compromettent l'équilibre du budget de la caisse d'assurance si on leur permettait

d'obtenir les secours de maladie sans aucune restriction. Ces conditions s'imposaient d'autant plus que le législateur n'a pas encore organisé l'assurance ouvrière contre l'invalidité, qui devra s'occuper des assurés atteints d'une maladie incurable ou qui exige un long traitement.

Si le droit au secours en cas de maladie n'est pas épuisé par l'assuré, il a le droit, s'il est atteint de nouveau de la même maladie dans les quatre semaines qui suivent la cessation du service de ces secours, d'en exiger la continuation.

Dans ce cas, ce service doit être compté à partir du commencement de la première maladie.

§ 4. — *Assurance contre les accidents du travail*

A côté de l'assurance contre la maladie le décret-loi du 27 juin 1921 a organisé également l'assurance contre les accidents du travail.

Les accidents du travail, d'une manière générale, de même que la maladie sont pour la classe ouvrière les causes les plus fréquentes de misère et notre législateur a dû s'occuper au même titre de l'un que de l'autre risque pour organiser l'assurance contre ces deux risques.

Partant de l'idée que tout accident de travail survenu à l'ouvrier le fait créancier d'une réparation, comme son travail le constitue créancier d'un salaire, notre législateur institue l'assurance ouvrière contre les accidents. L'objet de cette assurance est, aux termes de l'article 61 du décret-loi, de réparer le dommage qui a été causé à un assuré par lésion corporelle ou mort, à la suite d'un accident survenu par le fait du travail ou à l'occasion du travail ou d'une autre occupation, que l'assuré accomplit, soit sur l'ordre du patron ou de son fondé de pouvoirs, soit dans l'intérêt de l'exploitation.

Ainsi donc, le législateur reconnaît à l'assuré, victime

d'un accident, le droit d'obtenir une réparation du dommage qu'il subit à la suite de cet accident.

I. *Conditions d'obtention de la réparation du dommage*

Pour avoir droit à la réparation du dommage il faut :

1° que l'assuré soit victime d'un accident ;

2° que l'accident, quant à ses conséquences, soit revêtu d'une certaine gravité.

1° L'accident, au sens de l'article 61 du décret-loi est tout évènement survenu « par le fait du travail ou à l'occasion du travail », qui entraîne une lésion corporelle ou la mort de l'assuré. Par conséquent, le droit à réparation du dommage est reconnu, en premier lieu, aux assurés, victimes d'un accident résultant directement du travail et survenu au lieu du travail et pendant sa durée. En deuxième lieu, ce droit est reconnu aux assurés victimes d'un accident survenu à l'occasion du travail. C'est par l'application de la théorie du risque professionnel et par voie de l'assimilation que le législateur y procède. Il vise expressément quelques cas où la réparation doit être accordée aux assurés victimes d'un accident. Ainsi l'accident survenu, lors de l'exécution d'un ordre donné par le patron ou son fondé de pouvoirs, en dehors du travail, donne droit à l'assuré, victime de cet accident, à obtenir une réparation du dommage. Mieux encore, le législateur reconnaît également le droit à réparation à tout assuré, victime d'un accident qui survient lorsqu'il, dans l'intérêt de l'exploitation, accomplit une occupation autre que le travail engagé. Il est juste, donc, que l'exploitation au profit de laquelle cette occupation est effectuée par l'assuré, prenne à sa charge le dommage que subit ce dernier.

En outre, le législateur assimile aux accidents survenus, à l'occasion du travail ceux dont la victime est l'assuré pendant qu'il se rend de son domicile à son tra-

vail et vice-versa, à condition que l'assuré ne se soit pas arrêté en chemin pour ses affaires personnelles ou pour tout autre motif étranger à son travail.

De même, les gens de mer et les gens de navigation fluviale bénéficient du droit à réparation du dommage qu'ils subissent à la suite d'un accident survenu dans l'exercice de leur profession au service d'un navire national, lors même qu'ils n'appartiennent pas à l'équipage de ce navire. Les matelots nationaux nécessiteux, qui sont victimes d'un accident survenu lors de leur rapatriement ou de leur transport à bord de navires nationaux, jouissent également du droit d'obtenir réparation pour le dommage que leur cause l'accident. Dans cette voie d'assimilation le législateur pousse encore plus loin et il accorde le droit à réparation à tous les assurés appartenant à l'équipage d'un navire national, qui dans l'exercice de leur profession sont atteints de choléra, de peste, de fièvre jaune et de béribéri.

Dans tous ces cas, l'intention du législateur est évidente : étendre le cercle des personnes qui doivent être secourues et, en même temps, éviter les discussions, doutes et conflits, lors de l'appréciation des cas où le dommage causé par l'accident ne résulte pas directement du travail.

Cette intention apparaît plus nettement dans la disposition du décret-loi, qui admet les maladies dites « professionnelles » comme « accidents à l'occasion du travail », donnant aux assurés qui en sont atteints le droit d'être indemnisés. En effet, une grande analogie existe entre les accidents du travail proprement dits et les maladies professionnelles. L'un et l'autre ont leur cause originelle dans le travail. L'accident comme la maladie est toujours constitué par une lésion de l'organisme avec pour conséquence un chômage involontaire plus ou moins long, une diminution de capacité de travail

plus ou moins absolue, une infirmité et parfois la mort plus ou moins prématurée de la victime.

N'était-il donc pas juste et logique de fournir également une réparation aux victimes de maladies professionnelles au moment où le législateur l'accordait aux victimes de l'accident ?

En assimilant ces maladies aux accidents du travail le législateur y vise, notamment, le saturnisme, l'hydrargyrisme et le phosphorisme. Mais ce nombre de maladies peut être augmenté et les bienfaits de l'assurance peuvent être étendus aux autres assurés, qui, par suite de l'intoxication résultant de l'emploi des substances nuisibles, subissent un dommage. A cet effet, le Ministre de la Politique Sociale, d'accord avec les Ministres intéressés, est autorisé à apporter les dispositions nécessaires.

Ainsi donc, la première condition pour obtenir la réparation du dommage est l'accident survenu « par le fait du travail ou à l'occasion du travail » dans les conditions que nous connaissons. Toutefois, une exception est prévue par le décret-loi : l'accident, provoqué intentionnellement par l'assuré, qui, par suite de cet accident subit un dommage, ne donne aucunement à la victime le droit d'être indemnisée. La déchéance de ce droit est également prononcée contre l'ayant-droit d'un assuré, si l'accident, à la suite duquel l'assuré est décédé, a été causé intentionnellement par cet ayant-droit.

2° En deuxième lieu, pour obtenir la réparation du dommage résultant d'un accident, il faut que l'accident dans ses conséquences, quant à l'assuré victime, présente une certaine gravité.

En effet, les accidents ne sont pas tous revêtus d'un même caractère et à cet égard une distinction s'impose. Il existe une catégorie d'accidents, qui n'entraînent qu'une incapacité de travail de courte durée et qui, par

conséquent, n'exigent que des secours temporaires ; l'avenir de l'assuré victime n'est point en question. C'est la catégorie des petits accidents, des accidents sans gravité et qui se rapprochent, au point de vue de l'assurance ouvrière, plutôt de maladies que des accidents proprement dits. Aussi notre législateur a rattaché l'assurance contre les accidents de cette catégorie à l'assurance contre la maladie ; aux victimes de ces accidents ne sont fournis que les secours prévus en cas de maladie.

Par contre, l'assurance contre les accidents intervient dans les cas plus graves, où la capacité de travail de l'assuré est réduite dans une mesure importante et où la durée de l'incapacité dépasse un minimum fixé par le décret-loi. Ici, le législateur a dû accorder aux victimes des secours plus importants et permanents.

La limite qui sépare ces deux catégories d'accidents touche donc, à la fois, à la réduction de la capacité de travail de l'assuré et à la durée de cette réduction. En ce qui concerne la réduction de la capacité de travail, le décret-loi prescrit qu'elle doit excéder 10 % ; quant à sa durée, elle doit dépasser quatre semaines à partir du jour de l'accident. Par conséquent, les assurés victimes d'un accident ne pourront bénéficier des secours de l'assurance contre les accidents que si leur capacité de travail n'est pas réduite de plus de 10 % et si leur incapacité de travail a une durée supérieure à quatre semaines.

Pour connaitre le caractère de l'accident et ses conséquences une enquête est nécessaire. C'est la caisse d'assurance ouvrière qui procède à l'enquête par ses propres organes ou par l'intermédiaire de l'organe de police de première instance ou, suivant le cas, par celui de l'autorité minière, maritime ou la capitainerie du port. La caisse doit procéder à l'enquête sitôt qu'elle re-

çoit la déclaration d'un accident ou qu'elle en a connaissance. La déclaration doit être effectuée par le patron ou son fondé de pouvoirs dans un délai de vingt-quatre heures à partir du moment où l'accident est connu, lorsque cet accident a causé le décès ou la diminution de la capacité de travail pour plus de trois jours.

En attendant l'ouverture de l'enquête, le patron ou son fondé de pouvoirs doit appeler un médecin pour fournir des soins à la victime, s'il y a lieu, constater par écrit si la lésion est présumée entraîner la mort de la victime ou non et, dans ce dernier cas, quelle sera la durée probable du traitement médical.

L'enquête doit avoir lieu sur place pour tout accident qui est présumé devoir comporter un droit à une rente ou, dans tous autres cas, si la caisse centrale d'assurance l'exige. La date de l'enquête doit être notifiée au patron, à l'assuré intéressé (en cas d'accident mortel, aux proches de la victime) à l'inspecteur du travail du département, afin de leur permettre de prendre part à l'enquête soit en personne, soit par l'intermédiaire de leurs représentants. Le médecin qui a soigné le blessé ou d'autres experts peuvent être également convoqués.

Outre les renseignements relatifs à la personne de la victime, l'enquête doit fournir les données suivantes :

1° la date et la cause de l'accident ;

2° la nature et les suites de l'accident ;

3° les fautes et les négligences du patron ou de son fondé de pouvoirs, de la victime ou des tiers.

Le procès-verbal doit être dressé à cette occasion et dans un délai de huit jours, il est envoyé à la caisse d'assurance ouvrière du département, dans le cas où l'enquête n'aurait pas été menée par l'organe de cette caisse.

La caisse de son côté complète les renseignements provenant de l'enquête par les renseignements qu'elle a recueillis en suivant une procédure appropriée sur :

1° les défauts physiques antérieurs de la victime et les suites d'accidents précédents ;

2° le salaire moyen de la victime ;

3° les ayants droit de la victime admis à réclamer le secours pécuniaire ;

4° la rente dont la victime a pu être bénéficiaire à la suite d'accidents précédents.

En ce qui concerne les gens de mer, la déclaration de l'accident survenu à bord d'un navire pendant un voyage, doit être effectuée par le commandant, qui dans le journal du navire en fait le rapport. Une copie de ce rapport, légalisée dans l'office consulaire ou par l'autorité du port le plus proche, doit être envoyée à la caisse d'assurance compétente.

Lorsque l'accident est survenu à l'assuré au cours d'un voyage ou hors de l'exploitation où il est employé, cet accident doit être déclaré dans un délai de vingt-quatre heures par le médecin qui a donné les premiers soins. La déclaration est effectuée à l'autorité de police au ressort de laquelle appartiennent soit le lieu de l'accident, soit le lieu où le blessé a reçu les premiers soins médicaux après l'accident. Dans ce cas, l'autorité de police procède à une enquête et envoie ensuite son procès-verbal à la caisse compétente.

Les frais des enquêtes sont en tous cas supportés par la caisse centrale d'assurance ouvrière, qui les doit prévoir dans son budget de dépenses administratives.

La caisse d'assurance ouvrière de département, d'après le procès-verbal de l'enquête et d'après la déclaration de l'accident effectuée par le patron, statue sur la gravité de l'accident et ses conséquences et décide si la victime aura droit à une réparation ou non.

II. — *Nature des secours fournis aux assurés en cas d'accident.*

Les secours que les organes de l'assurance fournissent aux assurés, victimes d'un accident, varient suivant que l'accident a entraîné une lésion corporelle ou la mort.

A. — *Cas d'accident entraînant une lésion corporelle.* Un accident suivi de lésion corporelle donne droit, pour la victime de l'accident, aux secours suivants :

1° *la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques* dans les conditions prévues pour les assurés malades ;

2° *le secours pécuniaire* déterminé comme en cas de maladie, sauf en ce qui concerne la durée de l'allocation de ce secours, qui est fixée jusqu'à la fin du traitement médical, sans dépasser toutefois dix semaines à partir du jour de l'accident.

Ces soins doivent être fournis au blessé jusqu'à sa guérison complète, par la caisse compétente. En ce qui concerne les dépenses occasionnées par ces soins et le secours pécuniaire, elles ne sont à la charge de l'assurance contre la maladie que jusqu'à la fin de la quatrième semaine, après quoi l'assurance contre les accidents est substituée à l'assurance contre la maladie.

3° *une rente,* servie pendant la durée de l'incapacité de travail à partir de la onzième semaine ou, si le service du secours pécuniaire cesse plus tôt, à dater de la cessation de ce service.

Le montant de la rente est fixé d'après le salaire moyen annuel de l'assuré. Ce salaire dans le sens du décret-loi, est égal à trois cent fois le montant du salaire moyen quotidien de la victime, durant l'année qui précède l'accident. Si la victime a été assurée pendant

moins de trente semaines dans l'année qui précède l'accident, son salaire moyen est calculé d'après ce qu'elle aurait gagné en moyenne pendant les trente semaines, en tenant compte, pour la période qui doit completer les trente semaines, du salaire moyen des travailleurs exécutant, à la même époque, le même travail ou le travail similaire, dans la même exploitation ou une exploitation voisine.

En ce qui concerne les apprentis, stagiaires et autres personnes, âgées de moins de 18 ans, qui n'ont pas encore achevé leur éducation professionnelle, et ne gagnent encore rien ou touchent un salaire inférieur au salaire habituellement payé, la rente de ces personnes doit être augmentée d'office en prenant pour base, lors de la détermination de leur rente, le salaire moyen des ouvriers valides de la même catégorie que la victime et qui touchent le montant intégral de salaire. Toutefois cette augmentation de rente n'est autorisée qu'à condition : que la capacité de travail de la victime soit diminuée de plus de 33 1/3 % ou si la victime, par suite de l'accident, décède dans l'année où elle aurait eu 18 ans révolus, ou bien, achevé son instruction professionnelle (1).

Le montant de la rente varie suivant que l'assuré est atteint d'une incapacité de travail totale ou partielle.

a) En cas d'*incapacité de travail totale* et pendant toute sa durée, la rente annuelle qui est due à l'assuré est égale à son salaire moyen annuel.

Lorsque par suite de l'accident non seulement l'assuré a été frappé de l'incapacité de travail totale, mais

(1) Par salaire il faut entendre tout ce qui rentre dans les moyens d'existence de l'assuré du fait de son travail. Par conséquent non seulement la rémunération pécuniaire, mais encore les prestations par des tiers, les prestations en nature (logement, nourriture, vêtements, etc.) y doivent être comprises.

encore est tombé dans un état d'affaiblissement tel qu'il ne pourrait subsister sans une assistance et des soins continuels, la rente doit être augmentée d'un tiers, au maximum, de son salaire moyen annuel.

b) Si l'*incapacité de travail* n'est que *partielle*, la rente, dans ce cas, est égale à une fraction de la rente visée au cas précédent, laquelle fraction correspond au degré de la capacité de travail perdue. Toutefois, la capacité de travail doit être réduite en tous cas de plus de 10 %, pour que la victime puisse obtenir la rente.

La rente allouée dans ce cas, quant à son montant, peut subir des changements si le bénéficiaire de cette rente est victime d'un nouvel accident. La rente nouvelle doit être fixée d'après l'ensemble des conséquences des deux accidents et d'après le salaire pris pour base lors de la détermination de la première rente, à moins que le salaire de la victime ne fût plus élevé à l'époque du second accident. De même la rente peut être révisée si dans l'état de son bénéficiaire survient un changement qui aggrave ou améliore le degré de son incapacité de travail. Dans le premier cas, le bénéficiaire peut, dans un délai de trois mois à partir du jour de la survenance du changement, demander à la direction de la caisse de faire examiner à nouveau son état et, d'après les résultats de cet examen, d'ouvrir une nouvelle procédure en vue de déterminer une nouvelle rente. Dans le deuxième cas, où la capacité de travail de l'assuré jugée réduite partiellement cesse de l'être, parce que l'assuré a pu recouvrer complètement sa faculté de travail, la rente peut être supprimée ou tout au moins diminuée. La révision dans ce cas doit être ordonnée par la direction de la caisse dans le délai de trois mois à compter du jour où elle a pris connaissance de cette amélioration.

Toutefois la décision portant sur la modification du

montant de la rente n'entre en vigueur qu'un mois après qu'il en a été donné avis à l'assuré intéressé.

Le bénéficiaire d'une rente allouée en cas d'incapacité de travail partielle, peut demander que le capital représentetif de sa rente lui soit remis.

La caisse peut ordonner le versement de ce capital : si la rente, dont le capital est demandé, ne dépasse pas 20 % de la rente complète ; si le bénéficiaire de cette rente a subi un examen médical sur la durée probable de sa vie ; enfin si l'autorité locale de la commune dans laquelle l'assuré a son domicile, donne son avis favorable. Mais, pour prévenir le bénéficiaire de la rente contre les entraînements auxquels la possession d'une somme assez élevée pourrait le pousser, le législateur ordonne qu'avant que la procédure de paiement du capital soit engagée, le demandeur soit averti qu'en cas d'obtention du capital il n'a point droit à une nouvelle indemnité, lors même que son état d'incapacité s'aggraverait dans l'avenir.

Qu'il s'agisse de rente allouée en cas d'incapacité de travail totale ou partielle, la rente est toujours fixée et liquidée par la caisse centrale d'assurance, de manière que l'intéressé puisse toucher les premiers arrérages échu dès la cessation du service de secours pécuniaire de maladie. Si la gravité de lésion ou le degré de réduction de la capacité de travail ne peuvent pas être définitivement déterminés ou si l'assuré a besoin d'une continuation de soins, une *rente temporaire* peut être fixée pour l'assuré en question. Dans ce cas, c'est la caisse d'assurance ouvrière de département qui fixe et liquide la rente.

Le bénéficiaire d'une rente cesse d'en jouir dans les cas suivants :

1° S'il est condamné à une peine privative de liberté d'une durée supérieure à un mois ou s'il est interné

dans une maison de correction. Le droit au bénéfice de la rente est suspendu, pendant la durée de la peine ou de l'internement, quant au bénéficiaire. Mais ses proches, qui pourraient prétendre à une rente en cas de son décès, ont le droit de toucher la rente aux lieu et place du bénéficiaire condamné, tant qu'il reste privé de liberté. La rente, dans ce cas, est réduite, au minimum, au montant qui leur revient en cas de décès du bénéficiaire ;

2° S'il se rend à l'étranger. Toutefois, s'il revient de l'étranger dans un délai de trois mois, il peut obtenir les arrérages retenus pendant son séjour à l'étranger. Dans le cas où le bénéficiaire est un étranger qui retourne dans son pays pour ne plus le quitter, le service de la rente ne doit être continué que si l'Etat auquel il appartient applique la même procédure à l'égard des sujets serbo-croate-slovènes.

B. — *Cas d'accident mortel.* — Si l'assuré meurt par suite de l'accident, quelle que soit l'époque de son décès, la réparation du dommage résultant de l'accident comprend :

1° *l'indemnité funéraire*, dont le montant est égal à celui prévu en cas de décès de l'asuré par suite d'une maladie ;

2° *la rente annuelle* à servir aux ayants-droit du défunt à dater de son décès.

Sont considérés comme ayants-droit du défunt : le conjoint légitime ou illégitime, les enfants légitimes, illégitimes ou adoptés, les ascendants (les parents et les grands-parents), les petits-enfants et les frères et sœurs.

a) *La rente du conjoint survivant* est égale à un tiers du salaire moyen annuel du conjoint décédé. Le veuf n'a droit à cette rente, que si sa femme était assurée et si pendant son vivant elle a pourvu à leur subsistance,

puisqu'il est atteint d'une incapacité de travail. La rente lui est servie tant que dure cette incapacité.

La veuve, en cas décès de son mari, a droit à une rente qui s'élève également à un tiers du salaire moyen annuel du mari. Le législateur reconnaît ce droit à la veuve illégitime, si elle a vécu, au moins une année avant l'accident, en ménage avec l'assuré décédé ou si un enfant est né de cette union.

Le décret-loi règle aussi quelques cas particuliers en cette matière. Ainsi, si l'assuré, après sa mort, laisse plusieurs veuves ayant droit à une rente(1), cette rente doit être partagée entre elles en parties égales.

La femme divorcée ou qui a été séparée de corps pendant une année au moins, immédiatement avant l'accident qui a entraîné la mort de l'assuré, ne peut réclamer une rente que si la décision judiciaire rendue lors de divorce ou de la séparation de corps, lui a reconnu le droit à des secours alimentaires. C'est donc seulement dans ce cas qu'elle peut obtenir une rente. Mais le montant doit en être égal, au maximum, à celui des secours alimentaires.

La veuve d'un assuré, victime de l'accident qui s'est marié postérieurement à l'accident, n'a droit à une rente que si des enfants sont nés de ce mariage.

La rente, en général, doit être servie à la veuve jusqu'à son décès ou son remariage. Dans ce dernier cas, elle peut obtenir une indemnité pécuniaire égale au salaire moyen annuel de son mari décédé et le service de sa rente est suspendu.

b) *La rente au profit des enfants*, orphelins de père ou de mère est égale, pour chacun d'eux, à un quart du salaire moyen de l'assuré décédé. Si les enfants sont

(1) En cas de polygamie, tolérée dans certaines régions avec la population appartenant à la religion mahométane.

orphelins de père et de mère ou s'ils le deviennent ultérieurement, la rente pour chacun d'eux est égale à un tiers du salaire de base. Si le père et la mère étaient assurés, le salaire le plus élevé sert de base pour calculer la rente des enfants.

En ce qui concerne les enfants de l'assuré dont la veuve n'a pas droit à une rente, ils sont considérés comme orphelins de père et de mère.

La rente est servie, en général, aux enfants jusqu'à l'accomplissement de leur seizième année. Par exception, le législateur autorise la continuation du service de rente, même après cette limite, lorsqu'il s'agit d'enfants atteints d'une maladie qui les rend complètement incapables de travailler ou lorsqu'il s'agit d'enfants qui terminent leurs études commencées. Toutefois, dans ce deuxième cas cette prolongation du service de la rente doit prendre fin à la majorité.

Il est intéressant de noter que le législateur ne fait aucune différence, en ce qui concerne l'allocation de la rente, entre les enfants légitimes, naturels et adoptés. Il reconnait à tous, le droit à la rente sans aucune restriction, sauf en ce qui concerne les enfants adoptés qui doivent l'être avant la survenance de l'accident qui a causé la mort de l'assuré, pour qu'ils aient le droit à la rente.

c) *La rente,* que le législateur prévoit au *profit des ascendants* (les parents et les grands-parents) de l'assuré, s'élève à un tiers du salaire de base. La rente n'est allouée à ces personnes que si elles prouvent que le défunt de son vivant était leur soutien principal. La rente leur est allouée jusqu'à leur décès ou jusqu'à ce qu'elle ne leur soit plus nécessaire pour subsister.

d) *Les petits-enfants* de l'assuré ont droit à une rente, qui s'élève à un tiers du salaire de base, à condition

que l'assuré fut leur seul soutien. En principe, la rente doit leur être servie jusqu'à l'âge de 16 ans, mais s'ils sont incapables de travailler, la rente doit leur être servie même après cette limite.

e) En dernier lieu, le législateur accorde le droit de *rente aux frères et sœurs* de l'assuré. Leur droit est régi par des dispositions analogues à celles que nous avons exposées en étudiant le droit des petits enfants.

Tous ces ayants droit ne peuvent faire valoir leur droit à la rente que suivant un certain ordre dressé par le législateur.

En premier lieu, le législateur place le conjoint survivant et les enfants. Ils peuvent faire réclamer leur droit jusqu'à concurrence du montant de salaire de base. Si leurs réclamations dépassent ce maximum, elles doivent être réduites proportionnellement. Les autres ayants droit ne peuvent prétendre à une rente que si le total des rentes allouées au conjoint et aux enfants n'atteint pas le maximum, qui est le montant du salaire de base. Mais en aucun cas, le total des rentes allouées aux ayants droit de cette deuxième catégorie ne doit dépasser un tiers du salaire de base. Lors de la distribution de ces rentes, l'ordre suivant doit être observé : les parents avant les grands parents, ces derniers avant les petits enfants et, en dernier lieu, les frères et sœurs de l'assuré.

Le droit au bénéfice de la rente cesse pour l'ayant droit de l'assuré s'il se rend à l'étranger. Mais s'il revient dans un délai de trois mois pour ne plus repartir, il peut obtenir les arrérages de rente retenus pendant son séjour à l'étranger.

Ces dispositions doivent s'appliquer à tous les assurés et leurs ayants droit, sans distinction de nationalité, et sans aucune restriction. Mais si les ayants droit d'un assuré étranger se trouvent, au moment de l'accident à

l'étranger, le législateur ne leur reconnaît le droit à la rente que si l'Etat, auquel ils appartiennent, applique le principe de réciprocité aux sujets serbo-croate slovènes. Si ces personnes, dans ce cas, ont pu bénéficier du droit à la rente, elles peuvent demander à titre transactionnel, une somme égale à trois fois le montant de leur rente, si elles vont se fixer à l'étranger d'une manière définitive. Le service de rente, dans ce cas, en principe, cesse et ne sera pas repris lors même que le bénéficiaire de la rente revient postérieurement de l'étranger. Mais le législateur respectant toujours le principe de réciprocité prévoit, ici également, une exception au profit des ressortissants des Etats étrangers, qui peuvent bénéficier de leur rente même en cas de retour, à condition que ces Etats accordent le même droit aux sujets serbo-croate-slovènes.

Dispositions générales concernant les secours prévus en cas d'accident.

Les disposition générales que nous avons étudiées au sujet des secours alloués en cas de maladie s'appliquent également en matière d'assurance contre les accidents. L'acquisition et la perte de qualité de membre et avec elle le droit aux secours en cas d'accident, sont, en effet, régis par les mêmes dispositions qu'en matière d'assurance contre la maladie.

Toutefois, il y a lieu de mentionner en particulier, que le législateur, tout en reconnaissant le même caractère au droit aux secours en cas d'accident comme en cas de maladie (c'est-à-dire qu'en général, ce droit ne peut être ni cédé, ni mis en gage, ni être saisi, ni être l'objet d'une compensation) a établi une exception au profit des personnes investies d'un droit au secours pécuniaire en vertu du décret loi et qui font valoir

leur créance au titre alimentaire contre le bénéficiaire de la rente (1).

En ce qui concerne le paiement de la rente et des autres secours pécuniaires en l'assurance contre les accidents, il est opéré par l'intermédiaire de la caisse postale d'épargne et des communes. La procédure de ce paiement est réglée par une ordonnance du Ministre de la Politique Sociale rendue d'accord avec les Ministres de l'Intérieur et des Postes, Télégraphes et Téléphones.

Les arrérages des rentes se prescrivent dans un délai d'une année, à dater du jour de leur échéance.

Par une disposition formelle du décret loi (art. 85 § 3) la restitution des arrérages de rente régulièrement payés, ne peut être exigée.

(1) Ainsi, par exemple, la rente peut être saisie par les proches d'un bénéficiaire dans la mesure où ce dernier leur doit assurer la subsistance (art. 89)

CHAPITRE III

Organes de l'Assurance

Le domaine d'application de l'assurance, ainsi que son objet, étant examinés, il convient d'analyser les dispositions du décret-loi concernant les organes auxquels incombe la charge de réaliser l'assurance.

Comme nous l'avons vu, le décret-loi se propose pour but d'organiser l'assurance ouvrière en créant un régime uniforme qui doit convenir à toutes les régions de l'Etat, comprendre la totalité de la classe ouvrière et s'appliquer en cas de maladie aussi bien qu'en cas d'accident. Aussi notre législateur a voulu réaliser ce but par la création d'une seule institution où seront centralisés les rouages de l'assurance ouvrière et dont l'activité s'étendra sur le territoire de l'Etat tout entier en s'occupant des deux risques. Cette institution ainsi créée est *la caisse centrale d'assurance ouvrière*. Mais devant la charge énorme qui incombe à cette caisse, le législateur a dû songer à créer d'autres organes auxiliaires, qui seront chargés du rôle d'intermédiaire entre les intéressés et la caisse centrale et, par conséquent, il a créé les *organes locaux* de l'assurance, qui sont au nombre de deux :

1° *les caisses d'assurance ouvrière de département* et

2° *les caisses d'assurance ouvrière d'entreprises de transport.*

Ces organes locaux, de même que la caisse centrale, sont fondés sur le principe de l'autonomie (la gestion des caisses est aux mains des intéressés). Dans leurs rapports que ces organes locaux doivent avoir entre eux, le législateur impose l'obligation de se prêter un concours mutuel, notamment en ce qui concerne l'allocation des secours aux assurés, la surveillance des assurés secourus, ainsi que le contrôle dans l'accomplissement des obligations qui incombent aux patrons selon le décret-loi. Leur fonctionnement est soumis à l'appréciation de la caisse centrale, qui donne l'initiative et maintien l'ordre dans l'organisation.

A côté de ces organes créés par le décret-loi, qui sont aux yeux du législateur, les organes obligatoires et normaux et qui doivent supporter tout le poids du fonctionnement de l'assurance, le décret-loi prévoit *l'intervention des autorités des communes et des municipes, ainsi que des associations professionnelles* qui peuvent participer, dans une certaine mesure, au service de l'assurance ouvrière.

En ce qui concerne l'intervention des autorités communales et municipales, c'est le Ministre de la Politique Sociale, d'accord avec le Ministre de l'Intérieur, qui doit déterminer dans quelles conditions et par quel mode elle peut s'exercer.

Quant à l'intervention des associations professionelles dans le service de l'assurance ouvrière, le décret-loi autorise le Ministre de la Politique Sociale à déterminer par voie d'ordonnance les limites et les conditions de cette intervention.

Pour faire connaître les organes créés par le décret-loi, nous sommes amenés à diviser le chapitre en trois paragraphes.

§ 1. — *Caisse centrale d'assurance ouvrière*

I. *Attributions de la caisse.* — Instituée à Belgrade pour être l'organe principal de l'assurance ouvrière contre la maladie et les accidents, la caisse centrale d'assurance ouvrière a pour but (art. 96) :

a) *En ce qui concerne l'assurance-maladie :*

1° d'assurer, d'après le principe de la mutualité, les travailleurs assujettis à l'obligation de l'assurance ;

2° de déterminer les cotisations d'assurance ;

3° d'organiser, d'après les principes et selon des modes uniformes pour l'ensemble de l'Etat des Serbes, Croates et Slovènes, l'assistance des assurés ;

4° d'encourager le recours en commun à des médecins et la conclusion de conventions pour la fourniture de médicaments et de moyens thérapeutiques ainsi que de régler, en général, les questions qui s'y rattachent;

5° de créer aux assurés les hôpitaux, les dispensaires, les établissements sanitaires et de convalescence ;

6° de constituer un fonds de réserve.

b) *En ce qui concerne l'assurance-accidents :*

1° d'assurer, d'après le principe de la mutualité, les travailleurs assujettis à l'obligation de l'assurance ;

2° de constituer un fonds de réserve ;

3° d'encaisser par l'intermédiaire de ses organes les sommes qui lui sont dûes ;

4° de statuer sur les contestations que le décret-loi déclare de la compétence de la caisse centrale;

5° de rendre les décisions nécessaires en vue de l'application des mesures, prises par le décret-loi et les lois existantes, relativement à la protection de la vie et de la santé des travailleurs et à la prévention des accidents du travail ; de surveiller l'application des mesures légales édictées à cet égard.

La caisse centrale est la personne morale et à ce titre peut contracter des obligations et acquérir des droits.

Elle est représentée vis-à-vis des autorités et des tiers, dans le domaine de ses attributions légales ou statutaires, à la fois par le président du comité directeur et par le directeur administratif ou par leurs suppléants. Ce droit de représentation s'étend également aux affaires et aux actes judiciaires pour lesquels d'autres lois requièrent une procuration spéciale. La caisse centrale peut se charger à toute époque de représenter ses organes locaux en justice vis-à-vis des autorités et des tribunaux sans qu'elle ait besoin pour cela d'une procuration spéciale (art. 112).

II. *Organisation administrative.* — L'administration de la caisse centrale est confiée aux organes autonomes de la caisse, qui sont : l'assemblée générale, le comité-directeur et le conseil de surveillance.

A. *Assemblée générale* se compose (art. 99) de tous les délégués des caisses d'assurance ouvrière de département et des caisses d'assurance ouvrière d'entreprises de transport. Les délégués sont élus, au scrutin secret, par tous les membres de la caisse, séparément par les patrons et par les travailleurs en proportion de leur nombre, de telle sorte que chaque caisse, soit représentée à l'assemblée générale de la caisse centrale par des délégués des patrons et des travailleurs assurés en parties égales.

Aux termes de l'article 105 ne peut être élu à l'assemblée générale qu'un citoyen de l'Etat des Serbes, Croates et Slovènes, connaissant la langue serbo-croate ou slovène et âgé de 18 ans au moins. Les personnes pourvues d'un curateur ou faillies, ou celles qui ont été condamnées par un jugement, ayant acquis force de chose jugée, pour un crime ou un délit commis par désir de lucre, ou enfin celles qui ont été condamnées à la perte de leurs fonctions ou à la suspension de l'exercice des

droits politiques ne peuvent être élues durant la période fixée dans le jugement (1).

Attributions de l'assemblée générale. — Dans son article 100, le décret-loi réserve expressément à l'assemblée générale les attributions suivantes :

le droit de rédiger et de modifier les statuts ;

le droit de fixer le taux de secours à allouer en cas de maladie et de statuer sur sa majoration ou sa réduction, la constitution des ressources et la majoration ou la réduction du taux des cotisations ;

le droit de statuer sur l'alimentation et l'emploi du fonds de réserve d'assurance contre la maladie ;

le droit de statuer pour tout ce qui concerne la construction d'hôpitaux, d'établissements de convalescence, de pharmacies, et, en général, de statuer sur toutes les questions relatives au traitement sanitaire des assurés, qui exigent l'immobilisation considérable des capitaux ; de statuer également sur l'achat et la vente d'immeubles et la souscription de toutes les obligations qui entraînent pour la caisse centrale des charges élevées, dont le montant doit être fixé par les statuts ;

le droit de dresser et de modifier le tarif des risques de l'assurance contre les accidents ;

le droit de définir le mode de constitution et d'emploi du fonds de réserve d'assurance contre les accidents ;

le droit d'élire les membres du comité-directeur et du conseil de surveillance de la caisse centrale, ainsi que les assesseurs, membres de la Cour de Cassation d'assurance ouvrière ;

(1) Pour les questions de détail, le législateur laisse le soin aux statuts de la caisse centrale de les régler. Aussi le nombre total et le nombre relatif des délégués, le mode de l'élection, la durée de leur mandat ; le mode, le lieu et la date de convocation et de délibération de l'assemblée générale ; le règlement des débats et les conditions de validité des décisions de l'assemblée générale doivent-ils faire l'objet de dispositions statutaires.

le droit de dresser le budget annuel des frais d'administration de la caisse centrale ;

le droit de vérifier les arrêtés de comptes annuels de l'assurance contre la maladie et les accidents ; le droit de donner ou de refuser le quitus ;

le droit de statuer sur les questions que le décret-loi déclare de la compétence de l'assemblée générale ou que les statuts lui reconnaissent.

B. *Comité-directeur.* — Nous avons vu que le comité directeur doit être élu par l'assemblée générale. Les membres du comité sont élus dans des élections distinctes, parmi les délégués des patrons et les délégués des travailleurs assurés, en nombre égal. Le nombre des membres, ainsi que le nombre de leurs suppléants, doit être fixé par les statuts, mais en aucun cas ne doit être supérieur à 36. Les opérations électorales ont lieu sous le contrôle du comité sortant.

Le comité-directeur élit dans son sein, alternativement parmi les patrons et parmi les travailleurs, selon l'ordre qui doit être établi par les statuts et pour la durée qui y est fixée, un président qui préside également l'assemblée générale, et deux vice-présidents, pris chacun dans l'un des deux groupes. Le président est confirmé dans l'exercice de ses fonctions par le Ministre de la Politique Sociale.

Les fonctions de membre du comité-directeur, de même que les fonctions de délégué à l'assemblée générale sont purement honorifiques et aucune rémunération n'y est attachée. Toutefois, les dépenses effectives, motivées par l'exercice de ces fonctions sont remboursées dans la forme et la mesure définies par les statuts. En outre, une indemnité pour perte de temps et de salaire résultant de l'expédition des affaires du comité peut être accordée à ses membres. Le montant de cette indem-

nité, fixé par le Ministre de la Politique Sociale sur la proposition du comité-directeur, est imputé sur le compte des dépenses de ce comité.

Le décret a prévu un certain nombre de cas où les membres du comité peuvent être relevés de leurs fonctions parce qu'ils n'offrent plus des garanties suffisantes de leur honorabilité. La révocation est prononcée par le comité dans les cas suivants :

a) si le membre du comité est placé en curatelle ou tombe en faillite ;

b) s'il est condamné par un jugement, ayant acquis force de chose jugée, pour un crime ou un délit commis par désir de lucre ;

c) si les tribunaux ont prononcé contre lui la déchéance des droits civiques (droits de vote, d'éligibilité, etc.), ou, enfin

d) s'il est condamné à la perte de ses fonctions.

Dès le moment où les poursuites pénales sont engagées contre un membre du comité dans les cas visés ci-dessus, ce membre doit être révoqué de ses fonctions jusqu'à la fin des poursuites.

Attributions du comité directeur. — D'une manière générale, toutes les affaires que le décret-loi ou les statuts ne réservent pas à l'assemblée générale, sont de la compétence du comité directeur. (1)

Les membres du comité-directeur, étant chargés de

(1) Dans l'exercice de ses attributions, le comité est assisté d'un *conseil médical permanent,* qui joue le rôle d'organe consultatif auprès du comité et qui doit toujours être entendu dans les questions sanitaires. Ce conseil est constitué par les médecins des caisses d'assurance ouvrière de département et des caisses d'assurance ouvrière d'entreprises de transport. Le nombre de ses membres est de 18 au plus. Le conseil peut élire dans son sein trois membres, qui ont le droit de prendre part aux délibérations du comité directeur et qui ont voix consultative toutes les fois qu'il s'agit de questions qui touchent aux mesures à prendre pour améliorer la santé des assurés et des soins médicaux à fournir aux assurés malades ou blessés.

gérer les affaires de la caisse centrale, sont responsables envers cette caisse, si à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions ils ont par négligence ou abus commis un préjudice. L'autorité de surveillance peut, sans préjudice des poursuites pénales, astreindre le responsable à réparer le dommage causé à la caisse. Cette obligation de réparation est régie par les principes du droit commun et elle doit être invoquée devant la juridiction ordinaire. En outre, le membre responsable, comme nous l'avons vu, peut être relevé de ses fonctions.

Pour assurer la bonne gestion de l'assurance, le comité directeur peut nommer des *agents rétribués*, chargès de l'expédition des affaires courantes. Le service, la rémunération et, en général, les droits et les obligations de ces agents sont réglés par des règlements spéciaux dressés par le comité et approuvés par le Ministre de la Politique Sociale. Le rang et la rémunération de ces agents doivent être en tous cas identiques au rang et à la rémunération des agents au service de l'Etat (1).

C. *Conseil de surveillance.* — Les membres du conseil de surveillance sont élus par l'assemblée générale dans des conditions identiques à celles imposées à l'élection des membres du comité directeur. De même, les conditions d'éligibilité de ces deux catégories de membres sont les mêmes.

Les dispositions du décret-loi qui règlent la rémunération des membres du comité directeur, leur responsabilité à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, ainsi que leur révocation, s'appliquent également aux membres du conseil de surveillance. Les statuts doivent aussi

(1) Ces dispositions du décret loi sont complétées par celles des stututs qui doivent régler les autres questions de détail concernant le mode de convocation et de délibération du comité directeur, le lieu et la date de réunion, le règlement des débats, les conditions de validité des décisions etc.

compléter les dispositions du décret-loi et régler toutes les questions de détail concernant le conseil de surveillance.

Pour faciliter le contrôle de l'assurance, dont sont chargés les membres du conseil de surveillance, le décret-loi exige qu'un tiers au minimum du nombre de ces membres soit élu parmi les délégués à l'assemblée générale habitant au siège de la caisse centrale. Cette même dispositon doit être appliquée pour le même nombre à l'occasion de l'élection des membres du comité directeur et du conseil médical permanent, ainsi que pour le président et un vice-président de la caisse centrale.

III. *Statuts de la caisse centrale.* — De ce qui précède nous avons vu que le législateur dans bien des cas a laissé aux statuts le soin de régler certaines questions dans le fonctionnement de la caisse centrale et de ses organes administratifs.

Les statuts sont rédigés par l'assemblée générale et servent à compléter les dispositions du décret-loi. Le législateur, qui voit dans la caisse centrale une institution autonome a donc laissé la faculté aux membres de cette caisse de déterminer par voie de statuts les conditions du fonctionnement de la caisse. Toutefois, il a limité le champ d'activité des statuts et dans l'article 109 du décret-loi il prescrit que les statuts doivent contenir les dispositions relatives :

1° à la composition de l'assemblée générale, du comité directeur et de sa présidence et du conseil médical permanent de la caisse centrale; à l'élection des organes autonomes au scrutin secret ; à leurs constitution, attributions, mode de délibération et de décision; à la procédure qut doit être suivie dans la gestion de la caisse centrale et dans l'élection, au scrutin secret, des assesseurs de tribunaux arbitraires.

2° *En ce qui concerne l'assurance contre la maladie :* au montant des cotisations ; à l'étendue des secours ; à la création des pharmacies et des établissements sanitaires ; à la nomination des médecins et au règlement de leur service ; à l'organisation des caisses d'assurance ouvrière de département et des caisses d'assurance ouvrière d'entreprises de transport, comme organes locaux de la caisse centrale ; à l'organisation, aux attributions et gestion des agences des caisses départementales d'assurance ouvrière conformément à l'article 120 du décret-loi ; à la constitution et à l'emploi du fonds de réserve ; au mode et à la procédure du placement du capital de la caisse centrale et de ses organes locaux et enfin, d'une manière générale, à la procédure à suivre en matière d'assurance contre la maladie.

3° *En ce qui concerne l'assurance contre les accidents :* à l'établissement du tarif des risques ; à la procédure à suivre dans l'inscription des exploitations et branches d'industries dans les classes de risques et les coefficients de risque ; à la procédure à suivre dans les enquêtes d'accidents, dans la détermination, l'octroi et l'allocation des secours et des rentes ; à la gestion et à la procédure à suivre par les organes locaux comme intermédiaires dans le service d'assurance ; à la constitution et à l'emploi du fonds de réserve ; au mode et à la procédure du placement des capitaux de la caisse centrale et, en général, à la procédure à suivre en matière d'assurance ouvrière contre les accidents du travail ;

4° à la procédure à suivre par la caisse centrale dans l'application et le contrôle des mesures nécessaires à la protection de la vie et de la santé des travailleurs et à la prévention des accidents ;

5° à la gestion de la caisse centrale et de ses organes locaux ; à la nomination des agents rétribués de la caisse centrale et des caisses d'assurance ouvrière de

département; aux règlements de service et de discipline de ces agents ;

6° à la comptabilité de l'assurance contre la maladie et les accidents ; a la procédure à suivre pour la tenue des états et la production des renseignements statistiques ;

7° au mode d'établissement, de vérification et d'approbation des arrêts de comptes annuels;

8° à la procédure à suivre à l'occasion des modifications des statuts.

Telles sont les dispositions que les statuts doivent contenir et le législateur défend d'y faire rentrer les dispositions étrangères à l'objet de l'assurance ou contraires aux prescriptions du décret-loi où d'ordonnances rendues en vertu de ce dernier.

§ 2. — *Caisses d'assurance ouvrière de département.*

C'est par l'intermédiaire des caisses d'assurance ouvrière de département que la caisse centrale réalise l'assurance contre la maladie et les accidents. Ces caisses, comme nous allons voir, constituent avec les caisses d'assurance ouvrière d'entreprises de transport les organes locaux de la caisse centrale et comme tels doivent pourvoir aux affaires locales de l'assurance ouvrière.

En principe, chaque caisse d'assurance ouvrière de département, instituée dans une circonscription déterminée, est réservée aux travailleurs occupés dans son ressort. En ce qui concerne les patrons, ils exercent leurs droits et obligations auprès de la caisse qui est compétente pour leurs travailleurs.Les gens de mer appartiennent à la caisse dont la circonscription contient leur port d'attache.

A ces règles une exception double est apportée par l'article 116 du décret-loi. Tout d'abord, les travailleurs employés dans les entreprises de transport ne sont pas tenus de faire partie de la caisse d'assurance ouvrière de département dans le ressort de laquelle se trouvent ces entreprises, s'ils sont membres de la caisse d'assurance créée pour l'etreprise de transport où ils travaillent.

En deuxième lieu, les travailleurs, occupés dans les entreprises dont l'exploitation comporte l'exécution de travaux temporaires en des lieux situés hors du ressort de la caisse d'assurance ouvrière de département compétente en raison du siège de l'entreprise, peuvent être autorisés à faire partie de cette caisse, lors même qu'ils se trouvent occupés temporairement hors de son ressort.

Le nombre, la circonscription et le siège de ces caisses sont fixés par l'assemblée générale de la caisse centrale, dont la décision doit être homologuée par le Ministre de la Politique sociale.

I. *Attributions de la caisse.*— Les attributions que le législateur impose aux caisses d'assurance ouvrière de département, sont les suivantes :

a) *En matière d'assurance contre la maladie* : de veiller à l'accomplissement des déclarations qui incombent aux patrons ; de tenir les livres des assurés; de fixer et de percevoir les cotisations, de tenir la liste des cotisations en retard et de veiller au recouvrement de ces cotisations ; d'allouer les secours pécuniaires, de pourvoir au traitement médical et à la fourniture des moyens thérapeutiques et de statuer sur l'hospitalisation de l'assuré malade ; de tenir la liste et la statistique des secours de maladie ; de représenter la caisse centrale et d'agir au nom de celle-ci auprès des tribunaux et des autorités si une procuration spéciale est délivrée à cet effet par la caisse centrale.

b) *En matière d'assurance contre les accidents :* de veiller à l'accomplissement des déclarations des patrons relatives à des exploitations et à des travailleurs assujettis à l'obligation de l'assurance, ainsi qu'à l'accomplissement des déclarations d'accidents ; de contrôler les renseignements fournis par les patrons au sujet du salaire des travailleurs assurés ; de tenir la liste des personnes et exploitations assurées contre les accidents dans leur circonscription respective ; de fixer et de percevoir les cotisations et de veiller au recouvrement des cotisations en retard ; d'ordonner l'ouverture d'une enquête en cas d'accident par l'intermédiaire de leurs organes propres ou d'une autorité ; de fixer et d'allouer les secours pécuniaires et les rentes temporaires ; de tenir la liste et la statistique des accidents.

c) En dehors de ces attributions, *les caisses d'assurance ouvrière de département, possédant le caractère d'établissement public, sont tenues :* de veiller à l'exécution des décisions rendues par la caisse centrale, les autorités industrielles et les inspecteurs de travail, ainsi qu'à l'observation des prescriptions légales relatives aux mesures nécessaires à la protection de la vie et de la santé des travailleurs et à la prévention des accidents ; de pourvoir au recouvrement des créances qui leur sont dues conformément aux dispositions du décret-loi, par l'intermédiaire de leurs organes ; de statuer sur les contestations dans les limites de leurs attributions fixées par le décret-loi.

II. *Organisation administrative.* — La caisse d'assurance ouvrière de département est l'établissement public institué sur le principe de l'autonomie et son administration est confiée par le décret-loi à trois organes obligatoires : l'assemblée générale, le comité directeur et le conseil de surveillance.

Les dispositions concernant la constitution et les attri-

butions de ces organes ainsi que la gestion de la caisse d'assurance ouvrière de département sont fixées par les statuts de la caisse centrale et dans leur ensemble elles sont analogues à celles qui régissent les organes autonomes administratifs de la caisse centrale.

Dans le domaine de ses attributions, la caisse d'assurance ouvrière de département a le droit de contracter des obligations et d'acquérir des droits en son propre nom. Elle est représentée vis-à-vis des tiers et des autorités par le président de son comité directeur et le directeur administratif ou par leurs suppléants.

Mais quelle que soit l'étendue de ce domaine, les pouvoirs des organes de la caisse d'assurance ouvrière de département sont limités par la caisse centrale. Ainsi, par exemple, les décisions du comité directeur de la caisse d'assurance ouvrière de département ou de l'assemblée générale de cette caisse, relatives à l'acquisition ou à la vente d'immeubles ou à la souscription d'engagements qui entraînent pour la caisse des charges d'une certaine importance, ne sont valables qu'avec l'approbation du comité directeur de la caisse centrale.

D'autre part, ce comité peut annuler toute décision ou mesure prise par les organes autonomes de la caisse d'assurance ouvrière de département, lorsque cette décision ou mesure est en contradiction avec les prescriptions du décret-loi, des statuts et des ordonnances en vigueur. Mieux encore, le comité directeur de la caisse centrale est autorisé à prendre lui-même, aux lieu et place des organes de la caisse d'assurance ouvrière de département, les mesures utiles en vue d'assurer l'application des prescriptions visées ci-dessus et d'infliger une amende, qui peut atteindre 600 dinars, aux organes autonomes responsables de la caisse d'assurance ouvrière de département.

Il en résulte donc, que le législateur n'a pas reconnu

une indépendance complète à ces organes et que toutes les décisions ou mesures d'une certaine importance sont l'objet d'un contrôle exercé par la caisse centrale (art. 119).

III. *Dissolution des caisses d'assurance ouvrière de département.* — Ce cas est prévu par l'article 126 du décret-loi, aux termes duquel la dissolution d'une caisse d'assurance ouvrière de département, est de la compétence de l'assemblée générale de la caisse centrale qui jouit sur ce point d'une entière liberté d'appréciation pour statuer sur le cas.

En cas de dissolution d'une caisse, les membres de la caisse dissoute doivent passer, soit en partie à d'autres caisses, soit en totalité à une seule caisse voisine, dont la circonscription dans ce cas doit comprendre celle de la caisse dissoute.

L'avoir de la caisse dissoute sert d'abord à solder les dettes existantes et à garantir les droits aux secours antérieurs à la dissolution. Le reliquat revient aux caisses qui ont recueilli les membres de la caisse dissoute.

IV. *Agences des caisses d'assurance ouvrière de département.* — Dans les localités où le nombre des personnes assujetties à l'obligation de l'assurance est supérieur à cinq cents, la caisse d'assurance ouvrière de département dans la circonscription de laquelle se trouvent ces localités, peut instituer une agence avec l'autorisation préalable de la caisse centrale (art. 120).

Au moyen de cette disposition le législateur a surtout voulu venir en aide à certaines caisses, qui auraient à supporter un fardeau administratif et pécuniaire bien lourd, par suite du grand nombre de leurs membres ; d'autre part, l'intention du législateur était de rapprocher l'organe de l'assurance des assurés pour établir des rapports immédiats entre eux.

Le décret-loi prévoit également un autre cas où une agence peut être créée. Aux termes de l'art. 125 une agence peut être créée, (bien que la localité ne remplisse pas les conditions nécessaires à cette création) auprès d'une seule exploitation ou entreprise, si l'intérêt de l'assurance l'exige ou si le patron le demande. Dans ce deuxième cas le comité directeur de la caisse centrale peut obliger le patron à supporter une partie (la moitié au maximum) des frais d'administration de l'agence ainsi instituée. En outre, si dans le siège de l'exploitation il n'y a pas les locaux nécessaires à l'installation de l'agence, le patron doit mettre à la disposition de l'organe de l'assurance les locaux nécessaires pour les bureaux, l'ambulance, l'habitation des employés de l'agence et du médecin. Le patron peut être obligé également à engager un médecin pour soigner les assurés, si aucun médecin ne se trouve ni sur les lieux ni aux environs du siège de l'exploitation. Plusieurs exploitations voisines peuvent s'associer en vue d'engager un médecin en commun. A la rémunération du médecin ainsi engagé, doivent contribuer les patrons intéressés et la caisse d'assurance ouvrière de département dont l'agence a été créée. La part contributive des patrons et de la caisse doit être fixée à l'amiable entré les parties. Si un différend surgit sur cette question, la part contributive des deux parties doit être fixée par le Ministre de la Politique Sociale.

Si le patron ne satisfait pas à l'obligation d'engager un médecin pour soigner les assurés de son entreprise dotée d'une agence, la caisse centrale doit intervenir d'office et engager un médecin. Les dépenses qui en résultent pour la caisse centrale doivent être recouvrées sur le patron.

Les décisions rendues par la caisse centrale à cet effet, ainsi que toutes les autres concernant la création

d'une agence et les obligations qui incombent au patron lors de cette création, peuvent être attaquées devant le Ministre de la Politiqne Sociale dans un délai de huit jours à compter de la notification.

En ce qui concerne la constitution, le fonctionnement et les attributions de l'agence, nous l'avons vu, ce sont les statuts de la caisse centrale qui les fixent.

§ 3. — *Caisses d'assurance ouvrière d'entreprises de transport.*

Les caisses d'assurance-ouvrière d'entreprises de transport constituent le deuxième groupe des organes locaux obligatoires de la caisse centrale. Elles sont instituées sur le principe de l'autonomie comme le groupe précédent, mais le législateur ne leur reconnaît pas le caractère d'établissement public.

Aux termes de l'article 127 du décret-loi la constitution d'une de ces caisses est une obligation à laquelle est soumis tout patron qui occupe 1000 personnes au moins dans une entreprise de transport, dont l'exploitation s'étend sur les circonscriptions de plusieurs caisses d'assurance ouvrière de département.

Le législateur a subordonné la constitution d'une caisse d'assurance ouvrière d'entreprises de transport à ce minimum de 1000 personnes, parce qu'il trouve que les entreprises possédant un personnel au-dessous de ce minimum ne représentent pas suffisamment de garanties de stabilité et de solvabilité ni pour la caisse centrale, à laquelle elles doivent servir d'intermédiaire, ni pour les assurés, dont elles doivent s'occuper et parce que l'organisation de l'assurance ouvrière serait moins forte et plus décentralisée avec la création de caisses d'entreprises moins importantes, ce que le législateur a voulu surtout éviter.

En deuxième lieu, le législateur exige pour qu'une caisse d'assurance ouvrière puisse être créée auprés d'une entreprise, que cette entreprise soit exploitée sur les circonscriptions de plusieurs caisses d'assurance ouvrière de département. C'est parce que si l'on laissait à ces dernières caisses le soin d'organiser l'assurance pour le nombreux personnel des entreprises de transport, qui par la nature de son travail se trouve occupé dans les circonscriptions de plusieurs caisses d'assurance ouvrière de département, il est évident que de nombreuses contestations entre ces caisses auraient surgi ; pour éviter ces contestations, le législateur a donc crée une caisse spéciale à ce personnel.

En ce qui concerne l'organisation de ces caisses, ainsi que leur fonctionnement, gestion et dissolution, le décret-loi prévoit des dispositions analogues à celles que nous avons vues en matière des caisses d'assurance ouvrière de département.

Toutefois, il y a quelques dispositions spéciales. Ainsi, les caisses d'assurance ouvrière d'entreprises de transport étant privées du caractère d'établissement public ne peuvent exercer les attributions reconnues aux caisses d'assurance ouvrière de département possédant ce caractère. De même, les comptes et la caisse doivent être tenus aux frais de l'entreprise par un comptable choisi par elle. L'entreprise est responsable sur sa propre fortune de la régularité de la gestion et des opérations de la caisse d'assurance créée pour ses ouvriers. Si l'avoir de cette caisse ne suffit pas pour faire face aux dépenses courantes, l'entreprise doit fournir les avances nécessaires sans intérêts, mais elle a le droit de demander à la caisse centrale le remboursement de ces avances.

Les recettes de la caisse d'assurance ouvrière d'entreprises de transport ne peuvent être affectées qu'à

secourir les membres de cette caisse, qui sont, comme nous l'avons vu, exclusivement les personnes qui travaillent dans une même entreprise de transport.

Les créances, que la caisse centrale possède vis-à-vis de l'entreprise, du chef soit de la gestion ou de la comptabilité de la caisse d'assurance ouvrière de cette entreprise, soit de la négligence ou des abus commis par cette entreprise, en cas de faillite de cette dernière sont assimilées aux impôts publics et sont ainsi privilégiées au profit de la caisse centrale par rapport aux créances d'autre nature.

En dehors du cas normal où la caisse est créee pour une seule entreprise de transport dans les conditions que nous venons d'exposer, le législateur autorise l'association de deux ou de plusieurs entreprises de transport en vue de créer une caisse d'assurance ouvrière. Au moyen de cette faculté, les entreprises en question peuvent avoir un comptable, un médecin, un pharmacien, ainsi que des employés communs retribués par la caisse et réduire ainsi leurs frais d'administration. C'est d'ailleurs, exclusivement cette raison d'économie, qui pousse le législateur d'autoriser les associations des entreprises de transport.

Par cette catégorie de caisses nous avons terminé l'étude des organes de l'assurance ouvrière. D'après ce qui précède il est facile de concevoir que le principe fondamental admis par notre législateur en cette matière est le principe de l'assurance mutuelle, au moyen de la caisse centrale et de ses organes locaux.

C'est donc par l'effort collectif des patrons et des travailleurs assurés, que le législateur cherche à résoudre le problème de l'assurance ouvrière en cas de maladie et d'accidents.

CHAPITRE IV

Ressources de l'Assurance

Dispositions générales. — Les ressources qui permettent aux organes de l'assurance, que nous venons d'étudier, de remplir les tâches qui leur incombent en vertu du décret-loi, sont fournies :

1° par les cotisations des personnes assurées ;

2° par les parts contributives des patrons ;

3° par la subvention annuelle de l'Etat ;

4° par les amendes prononcées au profit de la caisse d'assurance ouvrière.

C'est surtout dans les cotisations des assurés et dans les parts contributives des patrons que le service de l'assurance ouvrière trouve ses ressources principales, étant donné le nombre énorme des assurés et des patrons et le caractère obligatoire du paiement de ces cotisations et des parts contributives des patrons. Ces deux ressources, quant à leur taux, varient suivant les différentes catégories d'assurés. Les assurés, en effet, sont répartis en plusieurs classes, selon le taux de leur salaire et c'est le *salaire quotidien moyen*, c'est-à-dire le salaire quotidien le plus bas de chacune de ces classes, qui sert de base lors de la détermination du taux des cotisations et des parts contributives des patrons pour chaque classe de salaire. Les classes de salaire sont déterminées par le Ministre de la Politique Sociale sur la

proposition de la caisse centrale et leur nombre peut varier suivant les circonstances. Mais quel que soit le nombre de classes de salaire, la répartition des assurés en classes doit être toujours effectuée d'après le principe : le maximum de salaire quotidien moyen doit être à peu près égal au double du salaire quotidien moyen de tous les assurés.

Provisoirement et par exception, le nombre de classes de salaire est fixé par le décret-loi à dix-sept et de la manière suivante :

CLASSE DE SALAIRE	SALAIRE QUOTIDIEN EN DINARS	SALAIRE QUOTIDIEN MOYEN EN DINARS
I	jusqu'à 2.50	2.00
II	de 2.50 à 3.00	2.50
III	de 3.00 à 3.60	3.00
IV	de 3.60 à 4.40	3.60
V	de 4.40 à 5.40	4.40
VI	de 5.40 à 6.60	5.40
VII	de 6.60 à 8.00	6.60
VIII	de 8.00 à 9.60	8.00
IX	de 9.60 à 11.60	9.60
X	de 11.60 à 14.00	11.60
XI	de 14.00 à 16.80	14.00
XII	de 16.80 à 20.00	16.80
XIII	de 20.00 à 24.00	20.00
XIV	de 24.00 à 28.00	24.00
XV	de 28.00 à 34.00	28.00
XVI	de 34.00 à 40.00	34.00
XVII	plus de 40.00	40.00

Pour connaître le salaire quotidien moyen, il faut tenir compte non seulement d'une paie fixe en espèces, mais encore de toutes les prestations autres que le salaire ou le traitement, prévues par le contrat de travail. Ainsi,

les indemnités pour cause de cherté de vie et pour charges familiales, les dividendes, les prestations par des tiers, etc., doivent être pris en compte lors de la détermination du salaire quotidien moyen. Si la rémunération a lieu en nature (l'entretien, le logement, la nourriture, les gratifications, etc.), la valeur de ces rémunérations doit être exprimée en argent. Cette évaluation est fixée par la caisse centrale pour chaque département et doit être approuvée par le Ministre de la Politique Sociale.

Le salaire quotidien moyen est compté par journée régulière de travail. Si l'assuré n'est pas payé par jour, mais par semaine, par mois ou par an, pour déterminer le montant de son salaire quotidien moyen, il faut compter trois cent jours de travail par an, vingt-cinq jours de travail par mois et six jours de travail par semaine. Au cas où le salaire est payé autrement qu'à temps (salaire à la tâche, à forfait, aux pièces, prestation par des tiers, etc.), la répartition des assurés dans les classes de salaire est basée sur le montant de salaire qui sera probablement payé en moyenne ou qui est habituellement payé par jour, par mois ou par an. Les personnes, qui ne reçoivent point de rémunération pour leur travail sont rangées d'office dans la première classe de salaire.

Les cotisations et les parts contributives des patrons déterminées sont recouvrées en général, ainsi que les créances de la caisse centrale et de ses organes locaux, soit par voie administrative comme l'impôt public, soit par l'intermédiaire des organes propres de la caisse centrale. Dans le but de protéger le recouvrement des ressources de l'assurance, le législateur reconnaît un rang privilégié à toutes les créances de la caisse centrale. Aux termes de l'article 40 les créances, que possède la caisse centrale vis-à-vis de son débiteur en faillite, doivent être classées au même rang que l'impôt

public. D'autre part, pour que l'organe de la caisse centrale puisse intervenir à temps, dans le cas où la solvabilité du débiteur est douteuse, le législateur impose aux tribunaux l'obligation de remettre à la caisse d'assurance compétente toutes les décisions relatives aux cessations de paiement et à l'ouverture de la faillite.

Le législateur s'est préoccupé de *la prescription* des créances de la caisse centrale, afin d'éviter que cette caisse ne conserve indéfiniment dans ses comptes des créances devenues irrécouvrables. L'article 41 du décret loi, en effet, déclare que toutes les créances de la caisse centrale et de ses organes locaux sont prescrites dans un délai de cinq années à dater du jour où l'ordre de paiement a été notifié à l'intéressé. Si cette notification n'a pas eu lieu dans un délai de trois années à compter du jour de l'expiration de l'année dans laquelle la créance s'est ouverte, la créance, sur laquelle portait la notification, est prescrite également.

Les ressources une fois recouvrées et mises à la disposition de la caisse centrale ne peuvent être affectées à aucun objet autre que celui prévu par le décret-loi. Cet objet déterminé par les articles 24 et 31 du décret-loi consiste en ceci :

1° le service des secours en cas de maladie et d'accident, dans les conditions et les limites fixées par le décret-loi ;

2° la création des établissements sanitaires nécessaires au service de ces secours (hôpitaux, ambulances, pharmacies, dispensaires, sanatoria, maisons de convalescence, etc.) ;

3° le paiement des frais d'administration ;

4° la constitution d'un fonds de réserve pour chaque branche d'assurance ouvrière.

En ce qui concerne le fonds de réserve dans l'assurance maladie, ce fonds doit être constitué par la caisse centrale pour faire face aux dépenses occasionnées par

l'allocation du secours de maladie dans les circonstances extraordinaires. Ce fonds est alimenté par des versements (1) tant que le fonds de réserve n'atteint pas la moyenne annuelle des dépenses de secours de maladie, alloués au cours des cinq dernières années. Le fonds de réserve ainsi constitué ne peut être placé qu'en valeurs mobilières.

Dans l'assurance contre les accidents, le fonds de rèserve doit être également constitué par la caisse centrale. Le montant de ce fonds est déterminé par le Ministre de la Politique Sociale, mais il ne pourra pas être inférieur à 10 % des fonds nécessaires pour couvrir les obligations légales de la caisse centrale.

La *comptabilité* de l'assurance ouvrière incombe à la caisse centrale. A cet effet, celle-ci tient des comptes, des listes et des états statistiques. La comptabilité est tenue séparément pour chaque branche d'assurance et au cas où le législateur prévoit la création d'institutions communes pour le service de deux branches d'assurance, les dépenses et éventuellement les recettes doivent être imputées sur le compte de chacune des deux branches d'assurance proportionnellement à la part que chacune d'elles prend aux charges totales.

Les frais d'administration de la caisse centrale, à l'exception de ceux qui incombent à l'Etat, ainsi que les frais administratifs des caisses d'assurance ouvrière de département doivent être inscrits aux comptes de la caisse centrale et être répartis entre les deux branches d'assurance proportionnellement aux frais de secours annuels de chacune de ces branches.

Les frais administratifs extraordinaires, tels que les frais d'enquêtes locales, d'expertises, etc., doivent être mis à la charge de la branche d'assurance dans l'intérêt de laquelle ils ont été faits.

(1) 25 % au moins de la recette nette de la caisse centrale.

§ 1. — *Cotisations des assurés.*

L'obligation, qui incombe aux organes de l'assurance de distribuer les secours aux assurés, autorise ces organes à prélever sur chaque personne assurée les cotisations réglementaires, qui leur permettent, avec l'aide des autres recettes, de s'acquitter vis-à-vis des assurés de la manière déterminée par le décret-loi.

Il en résulte donc, que pour le bon fonctionnement de la caisse d'assurance, tous les assurés doivent être soumis à l'obligation du versement des cotisations et supporter ainsi les charges financières qui résultent du service de l'assurance. Pour empecher qu'il ne se produise aucun oubli à cet égard, lequel pourrait permettre à certains assurés d'échapper à cette obligation, le législateur impose aux patrons d'effectuer des déclarations auprès de la caisse d'assurance en ce qui concerne les personnes assurées qui se trouvent à leur service, ainsi que d'avertir la caisse de leur départ. La nature du travail qu'effectuent les assurés présentant également une importance pour le service de l'assurance, le législateur oblige aussi les patrons à effectuer des déclarations à ce sujet.

Grâce à ce procédé, les organes de l'assurance peuvent se tenir constamment au courant du chiffre exact des personnes assurées et, d'autre part, il leur est facile de connaître le montant des cotisations que ces personnes sont tenues de verser.

A. *Obligation des déclarations.* — En ce qui concerne la déclaration des personnes assurées, le législateur dans l'article 9 du décret-loi décide que le patron est tenu de déclarer à la caisse d'assurance ouvrière de département toutes les personnes occupées par lui et soumises à l'obligation de l'assurance. Cette déclaration doit avoir lieu dans les huit jours, au plus tard, qui sui-

vent leur entrée à son service, à l'exception des personnes faisant partie de l'équipage d'un navire qui se trouvent à l'étranger ; dans ce dernier cas le délai ne part que du jour où le patron a eu connaissance de leur entrée à son service.

La déclaration, en principe, doit être effectuée d'après le mode prescrit. Mais le législateur permet qu'elle soit faite au moyen de listes de paie, si le patron occupe plus de vingt personnes soumises à l'assurance obligatoire et s'il obtient une autorisation de la caisse. Ces listes de paie doivent contenir toutes les indications que visent les listes de déclaration et elles doivent être signées par le déclarant et adressées à la caisse d'assurance ouvrière de département avant le troisième jour qui suit la paie. Toutefois, ce mode de déclaration n'est admis que pour une période de moins de quatorze jours.

En dehors des *déclarations d'entrée*, le législateur exige du patron la communication des données relatives aux salaires et traitements des assurés, qui sont nécessaires pour le calcul des cotisations. En outre, les patrons doivent déclarer, dans un délai de huit jours, toute modification survenue au cours du service et plus particulièrement celles qui sont susceptibles d'influer sur l'obligation d'assurance, sur le taux de cotisation ou qui sont relatives à la situation des assurés (leur avancement, majoration de traitement, etc.) ou à la personne du patron ou du propriétaire de l'entreprise.

Dans le même délai de huit jours, le patron est tenu de *déclarer la sortie* des assurés de son service. Si les assurés ne sont embauchés que pour moins de huit jours, le patron doit les déclarer dès qu'ils entrent à son service et en même temps il peut déclarer leur sortie (1).

(1) Si un assuré se trouve au service de plusieurs patrons chacun de ces patrons est responsable quant aux déclarations à faire pour cet assuré.

Quant aux *déclarations relatives au travail*, elles doivent être effectuées, d'abord, par le patron qui occupe habituellement plus de cinq personnes soumises à l'assurance et puis, par tout patron qui emploie dans son travail des machines mûes par moteur mécanique. Ces déclarations doivent être faites selon le mode prescrit et adressées à la caisse d'assurance dans un délai de quatorze jours, à dater du commencement du travail ou à partir du jour où le travail en exécution est soumis à l'obligation de déclaration, ou, enfin, en ce qui concerne les gens de mer, à partir du jour où l'autorisation a été accordée au navire de porter le pavillon national.

Les modifications qui peuvent survenir pendant l'exercice du travail déclaré, doivent faire l'objet de déclarations postérieures de la part du patron (1).

Ces déclarations postérieures doivent être effectuées également auprès de la caisse d'assurance compétente dans un délai de huit jour à compter de la survenance de l'événement qui entraîne la modification, et la caisse doit délivrer au patron un récépissé des déclarations effectuées.

Le législateur impose l'obligation d'effectuer les déclarations uniquement aux patrons et en raison de l'importance qu'il attache au bon fonctionnement de ce système de déclarations, il ne permet pas qu'elle soit effectuée par une autre personne aux lieu et place des patrons. C'est seulement en ce qui concerne les

(1) Le législateur insiste surtout sur ce point que certanes modifications doivent être déclarées sans aucune exception. Ce sont : les modifications susceptibles d'influer sur le taux du salaire ou du traitement de l'assuré ; celles, qui entraînent une modification de l'inscription du travail dans les classes de risque ou de l'accroissement de danger pour la santé des travailleurs et surtout celles qui surviennent dans l'organisation technique du travail.

entreprises de navigation maritime qu'une exception est tolérée par le législateur sur ce point. (1)

Pour dissiper toute difficulté dans l'interprétation du mot «patron», le décret-loi donne une énumération des cas qui précisent le sens de ce terme (art. 17 et 19.) Ainsi, au point de vue des obligations prescrites par le décret-loi est considérée comme patron, toute personne qui loue la force physique ou intellectuelle des travailleurs ; dans les travaux économiques, le patron est la personne pour le compte de laquelle le travail s'exécute ou, suivant le cas, c'est l'entreneur ou le propriétaire de l'entreprise qui effectue le travail ; dans les travaux de constructions, l'entrepreneur, ou, selon le cas, l'exploitant autorisé, ou, à défaut de celui-ci, la personne qui a commandé le travail, sont considérés comme patron ; à l'égard des personnes réunies en coopératives dans la pêche maritime, la coopérative est considérée comme patron sans qu'il y ait lieu à distinguer entre les patrons, les employés ou les travailleurs indépendants ; quant aux entreprises de navigation, le décret-loi désigne comme patron l'armateur.

Imposant uniquement aux patrons l'obligation d'effectuer les déclarations, le législateur leur laisse toute responsabilité en cas d'inobservation de cette obligation.

En effet, le patron qui néglige de faire les déclarations prescrites dans le délai fixé, ou fait une déclaration

(1) Aux termes de l'art. 18 : si l'armateur ne réside pas au siège de l'autorité d'enregistrement ou de la capitainerie sanitaire maritime dans le ressort de laquelle se trouve le port d'attache du bâtiment, l'armateur doit désigner un fondé de pouvoirs du siège dont il s'agit. Le nom de ce fondé de pouvoirs doit être porté à la connaissance de l'autorité d'enregistrement et à la caisse centrale. En ce qui concerne les coarmateurs, ainsi que les entreprises d'armement, qui sont des personnes morales, ils doivent avoir dans tous les cas un fondé de pouvoirs. Le fondé de pouvoirs ainsi désigné doit faire les déclarations concernant les assurés et le travail.

fausse, encourt non seulement une *responsabilité pénale*, mais encore une *responsabilité civile*.

La première est déterminée par l'art. 167 du décret-loi qui déclare le patron passible d'une amende de 20 à 100 dinars dans le cas où une déclaration devant être effectuée par lui, il néglige de l'effectuer ou ne l'effectue pas dans le délai prescrit.

En ce qui concerne la *responsabilité civile*, elle est beaucoup plus onéreuse pour le patron que la précédente. Le décret-loi (art. 10) se montre particulièrement sévère envers les patrons responsables. Ils sont, en effet tenus de payer de leurs deniers, sans avoir le droit d'effectuer aucune retenue sur le salaire ou le traitement des assurés :

1) les cotisations échues, soit depuis le jour de l'entrée non déclarée au service de l'assuré jusqu'à l'exécution de cette déclaration tardive, soit, dans le cas où le contrat de travail a déja pris fin, pendant la durée de ce contrat ;

2) les secours pécuniaires et les dépenses occasionnées à la caisse d'assurance ouvrière par la maladie d'un assuré non déclaré dans le délai légal, laquelle maladie est survenue antérieurement à la déclaration ou dans les huit jours au plus tard qui suivent la déclaration tardive ;

3) le préjudice résultant de l'absence de déclaration des modifications survenues dans le travail ou résultant d'une fausse déclaration ;

4) les frais de cette procédure.

En outre, si le patron omet de déclarer que l'assuré a quitté son service, il est tenu de pourvoir de ses deniers au paiement des cotisations jusqu'au jour où la déclaration est effectuée.

A ces sanctions prévues par le décret-loi il faut ajouter celle édictée par l'art. 15 § 3. Aux termes de cet art. : si le patron n'effectue pas dans le délai légal les déclarations concernant le salaire et le traitement des

assurés ou s'il ne fournit qu'en partie seulement les indications exigées à cet égard, la caisse d'assurance ouvrière a le droit de faire relever sur place par un de ses agents, aux frais du patron, les indications non fournies par ce dernier.

B. *Taux des cotisations.* — Après avoir imposé aux patrons l'obligation des déclarations, dont nous venons de connaitre les détails, le législateur a dû se préoccuper du chiffre des cotisations. Mais les dispositions du décret-loi consacrées à cette question n'étant par idéntiques dans les deux branches d'assurance, nous sommes amenés à les exposer séparément.

1) *Dans l'assurance contre la maladie.* Comme nous l'avons vu, c'est le salaire quotidien moyen qui sert de base au calcul du taux des cotisations. Quel est ce taux ? Le législateur ne le fixe point. Il trouve que cette question doit être résolue par les intéressés eux-mêmes et par conséquent il laisse aux statuts de la caisse centrale le soin d'en décider.

Toutefois, dans l'intérêt des assurés aussi bien que pour garantir le bon fonctionnement de l'assurance, le législateur fixe quelques dispositions qui limitent la liberté laissée aux statuts.

C'est d'abord la disposition (art. 22) d'après laquelle le taux des cotisations doit être fixé en tant pour cent et par semaines ; en deuxième lieu, le législateur ordonne que la cotisation hebdomadaire des assurés ne doit pas être inférieure à 30 % ni supérieur à 50 % du salaire quotidien moyen. C'est donc dans ces limites que les statuts peuvent fixer le taux des cotisations. Si le taux établi en premier lieu ne suffit pas à couvrir les dépenses occasonnées par l'allocation des secours prévus par le décret-loi, ce taux doit être élevé jusqu'au chiffre nécessaire, mais il ne doit pas dépasser le maximum

indiqué. Si, au contraire, la caisse peut remplir ses obligations et sa mission avec un taux inférieur à celui fixé par les statuts, la caisse doit l'abaisser jusqu'au minimum prévu par le décret-loi.

Ce changement du taux de cotisation peut être effectué dans la circonscription intégrale de la caisse centrale ou seulement dans une certaine partie suivant les circonstances locales.

En dehors de ces cotisations normales le législateur prescrit la perception des *cotisations supplémentaires.*

Ces cotisations sont imposées d'abord aux exploitations dont le personnel est exposé à des dangers particulièrement graves de maladie (art. 22 § 7). La perception des cotisations dans ce cas a pour but de permettre à la caisse d'assurance de couvrir tous les frais résultant pour elle de l'assurance de ce personnel et de réparer ainsi l'inégalité sensible des risques de maladie que comportent les exploitations en question par rapport aux autres exploitations (1).

2) *Dans l'assurance contre les accidents.* Les cotisations dans cette assurance sont calculées, à la fois,

(1) La perception des cotisations supplémentaires prend quelquefois le caractères d'une amende. Ainsi aux termes de l'article 23 tout assuré, qui par simulation ou par toute autre réclamation injustifiée des secours a porté préjudice à la caisse d'assurance, doit être astreint par elle au paiement d'une cotisation supplémentaire, tant que le préjudice causé n'est pas réparé. La cotisation supplémentaire perçue dans ce cas, peut s'élever jusqu'à concurrence du double de la cotisation ordinaire.

Un autre cas de perception de ces cotisations se présente dans le cas visé par l'art. 92 du décret-loi. Ici ces cotisations servent de sanctions à l'obligation imposée aux patrons d'appliquer les mesures nécessaires à la protection de la santé des travailleurs, prescrites par le comité directeur de la caisse centrale ou par l'autorité industrielle compétente. Par conséquent le patron qui ne satisfait pas à cette obligation, doit-être soumis par le comité directeur de la caisse centrale au paiement d'une cotisation supplémentaire, dont le montant peut atteindre le double de la cotisation ordinaire.

d'après le montant du salaire quotidien de l'assuré et selon le coefficient de risque déterminé pour le travail qu'effectue l'assuré. A cet effet un *tarif de cotisations* est fixé par le Ministre de la Politique Sociale sur la proposition de la caisse centrale.

Le calcul des cotisations dans l'assurance contre les accidents a, donc, pour base le salaire quotidien moyen et le coefficient de risque. Le législateur n'a pas pu prendre pour base comme dans l'assurance contre la maladie, le montant du salaire de l'assuré seulement, mais il a dû tenir compte du risque d'accident auquel est exposé l'assuré effectuant son travail.

Pour connaître le premier élément, le salaire quotidien moyen, nous avons vu, que le législateur impose aux patrons l'obligation de soumettre à la caisse d'assurance tous les renseignements et indications relatifs au salaire des travailleurs assurés.

En ce qui concerne le deuxième élément, le coefficient de risque, il est fixé par le tarif de risque.

La caisse centrale dresse ce tarif après avoir procédé à une classification des exploitations, entreprises et travaux soumis à l'obligation de l'assurance, d'après le risque d'accident qu'ils présentent. Le tarif de risque doit, par conséquent, comprendre tous les genres de travail. Il est divisé en diverses classes contenant des coefficients de risques qui expriment en chiffre le degré de danger des travaux, exploitations et entreprises dans chacune de ces classes.

Le tarif de risque doit être soumis à une révision tous les cinq ans et peut être modifié en tenant compte du nombre d'accidents survenus dans chaque exploitation, entreprise ou travail inscrit dans le tarif (1).

(1) Ces modifications ainsi que l'établissement des tarifs de risques ultérieurs sont de la compétence de l'assemblée générale de la caisse centrale, dont la décision doit être soumise à l'approbation du Ministre

Lors de la révision ou de la modification du tarif de risques, en outre du nombre d'accidents survenus dans chaque exploitation, entreprise ou travail, on tient compte égalemenn de déclarations faites par les patrons concernant la nature de travail dont nous avons précédemment parlé.

C. *Recouvrement des cotisations.* — Aux yeux du législateur c'est le patron seul qui est considéré comme débiteur vis-à-vis de la caisse d'assurance et, par conséquent, il impose au patron de verser les cotisations pour ses travailleurs tant qu'ils restent à son service. Cette manière de voir est admise par le législateur pour faciliter le recouvrement des cotisations et en même temps pour le garantir.

Les cotisations doivent être payées par le patron par semaines intégrales. Si le travail a eu une durée de moins d'une semaine, la cotisation doit être proportionnelle à cette durée, mais la journée de travail inachevée doit être comptée povr intégrale. En principe, les cotisations doivent être versées dans le mois qui suit l'échéance. C'est seulement pour les exploitations qui n'ont pas de siège fixe d'après la nature de leur occupation (la tournée théâtrale, le cirque, les marchands forains, etc.), que la caisse d'assurance peut percevoir des avances sur les cotisations, dès l'arrivée de ces exploitations dans sa circonscription.

En ce qui concerne l'obligation de paiement des cotisations, le législateur impose une distinction.

Dans l'assurance-maladie les cotisations pour les assurés sont payées pour moitié par le patron et pour moitié

de la Politique Sociale, Chambres du Commerce, de l'Industrie et des Métiers entendues. Si cette assemblée ne procède pas à la révision ou à la modification du tarif de risque dans l'année qui suit l'expiration de chaque période quinquennale, la révision ou la modification sera effectuée par les soins du Ministre de la Politique Sociale,

par l'assuré. Pour se faire rembourser de la moitié du montant des cotisations que le patron est tenu de verser pour le compte des assurés, le législateur lui reconnaît, comme nous allons voir, le droit de retenue sur le salaire ou le traitement de ces assurés (1).

Dans l'assurance-accidents, par l'application du principe du risque professionnel, les cotisations sont payées exclusivement par le patron et le législateur défend formellement au patron de les reporter sur les assurés soit en totalité soit en partie. De ce chef, donc, aucune retenue ne doit être opérée sur le traitement ou le salaire de l'assuré.

Ces dispositions étant d'ordre public, le législateur déclare interdite et nulle, dans la mesure où elle est préjudiciable à l'assuré, toute convention, intervenue entre le patron et l'assuré, dont les dispositions sont en contradiction avec celles du décret-loi.

Tout en étant tenu de verser les cotisations pour le compte de ses travailleurs, le patron est autorisé, en ce qui concerne les cotisations dans l'assurance contre la maladie à retenir sur le salaire de ces travailleurs lors de chaque paie régulière, la somme correspondante des cotisations payées par lui, déduction faite de sa part contributive.

Si le patron lors de la première paie qui suit l'échéance n'a point prélevé la cotisation qui incombe au travailleur assuré, il ne pourra exercer ultérieurement son droit de retenue, en ce qui concerne cette somme, que si lors de la paie considérée il ne s'est pas écoulé un ou deux mois selon que l'assuré dont il s'agit touche son salaire

(1) Mais lorsque la personne assurée n'est pas rétribuée en espèces ou si sa rémunération est inférieure au montant du salaire moyen le plus bas, aucune retenue de salaire ne saurait avoir lieu et le patron doit de ses propres deniers payer le montant total des cotisations (art. 32).

ou traitement à intervalles de moins d'un mois, ou, au contraire, tous les mois (1).

Le droit de retenue reconnu au patron peut lui être refusé par la caisse d'assurance en cas d'insolvabilité. Ce cas se présente lorsque le patron néglige à deux échéances consécutives de verser les cotisations exigibles pour l'assurance-maladie et si par suite de son insolvabilité il est impossible de les recouvrer par voie administrative. En ce cas, les assurés, au service de ce patron, doivent verser directement à la caisse d'assurance la part des cotisations qui leur incombe.

La décision de la caisse d'assurance portant sur la déchéance du droit de retenue doit être notifiée par écrit au patron intéressé et à tous ses travailleurs.

§ 2. — *Parts contributives des patrons.*

Nous venons de voir que les patrons doivent contribuer de leurs propres deniers au paiement des cotisations dans une mesure considérable.

En effet, le législateur leur impose une participation pécuniaire à l'assurance qui est fixée à la moitié du montant total des cotisations pour l'assurance-maladie et à la totalité des cotisations dûes pour ce qui est de l'assurance-accidents.

Fixant la part contributive des patrons dans l'assurance-maladie à la moitié du montant total des cotisations, notre législateur a jugé qu'il est juste et nécessaire dans un but d'harmonie sociale de faire supporter les charges financières de l'assurance-maladie en parties

(1) Au moyen de cette disposition le législateur a voulu éviter les difficultés qui résultaient pour l'assuré de ce que le patron pouvant prélever en une seule fois le total des cotisations accumulées, ce total pourrait être dans certains cas égal au montant intégral du salaire payé.

égales par les intéressés. Tout autre est la manière de voir du législateur en ce qui concerne la part contributive des patrons dans l'assurance-accidents. Ici, le législateur déclare que toute charge financière doit incomber aux patrons, parce que, s'appuyant sur l'idée du risque professionnel, il estime que les accidents doivent être supportés par les patrons comme tout autre risque inhérent à l'exercice de la profession.

Quelle que soit d'ailleurs la part contributive des patrons, le législateur considère leur participation pécuniaire comme un contre-poids à l'obligation de l'assurance imposée aux travailleurs. Par conséquent, le patron ne doit verser de contribution que pour les travailleurs soumis à l'obligation de l'assurance ; les travailleurs qui s'affilient de leur propre gré à une caisse d'assurance ne peuvent prétendre à aucune contribution de la part de leur patron.

En dehors de ces deux cas de participation pécuniaire du patron à l'assurance ouvrière, nous avons vu que dans certains cas le législateur impose aux patrons l'obligation du paiement de cotisations supplémentaires (1).

Le législateur s'est préoccupé de l'insolvabilité éventuelle du patron et pour éviter les conséquences fâcheuses qui en pourraient résulter pour le fonctionnement de l'assurance, il édicte quelques mesures de garantie. C'est ainsi (art. 37) que le conjoint du patron, vivant avec lui en ménage, est solidairement responsable pour le versement des parts contributives dûes par le patron à la caisse d'assurance. De même, le législateur impose la responsabilité solidaire à toute personne ayant con-

(1) Notons, en outre, que le paiement de ces cotisations incombe exclusivement au patron si l'assuré a porté préjudice à la caisse d'assurance au sû et avec l'aide du patron ou par suite de négligence de ce dernier (art. 23).

tracté avec le patron l'obligation de conduire l'exploitation d'une façon intégrale ou en partie seulement. La même responsabilité est imposée, en cas de changement de patron, au nouveau patron qui est solidairement responsable avec l'ancien pour tout ce que doit ce dernier du chef de l'assurance de ses travailleurs. En ce qui concerne plus particulièrement les travaux de constructions, pour le paiement des cotisations sont solidairement responsables l'entrepreneur et la personne qui a commandé les travaux ou, suivant le cas, la personne pour le compte de laquelle les travaux s'exécutent.

Toutes ces personnes solidairement responsables en cas d'insolvabilité du patron (débiteur principal) sont mises en demeure par la caisse d'assurance d'effectuer le versement des cotisations dûes. En principe, les patrons doivent s'acquitter en temps utile vis-à-vis de la caisse d'assurance. Dans le cas contraire, ils sont exposés au paiement des intérêts dont le taux est fixé à 6 °/₀. Les intérêts sont calculés du jour de l'échéance fixée au jour du paiement. Les frais occasionnés par la procédure d'exécution dans ce cas, sont également à la charge du patron-débiteur.

§ 3. — *Subvention annuelle de l'Etat.*

Pour faire face aux dépenses que nécessite l'administration de la caisse centrale le législateur impose à l'Etat de fournir à cette caisse une subvention chaque année. Le montant de cette subvention n'est pas fixée par le décret-loi et il peut varier selon les circonstances. Toutefois, le décret-loi déclare que cette subvention ne doit pas être inférieure à un million de dinars par an ; elle doit être prévue dans le budget annuel du Ministère de la Politique Sociale.

Aux termes de l'article 110 du décret-loi les dépenses

qui doivent être couvertes par la subvention annuelle sont fixées de la manière suivante :

1° les dépenses nécessaires à l'amortissement des frais effectués lors de la création de la caisse centrale ;

2° les dépenses nécessaires au paiement des cotisations au fonds de pension des agents rétribués de la caisse centrale et de ses organes locaux ;

3° les dépenses que nécessitent les séances de l'assemblée générale, du comité-directeur et du conseil de surveillance de la caisse centrale ;

4° les dépenses nécessaires pour procéder aux enquêtes d'accidents ;

5° les dépenses nécessaires à l'organisation et au fonctionnement des tribunaux arbitraux.

Ces dépenses doivent être prévues dans le budget de la caisse centrale par l'assemblée générale. Le budget est ensuite soumis au Ministre de la Politique Sociale pour être approuvé.

§ 4. — *Amendes.*

Une dernière catégorie de ressourses de l'assurance ouvrière est celle des amendes.

En effet, le législateur consacre le chapitre XV du décret-loi aux dispositions pénales qui doivent être appliquées aux cas d'infractions commises par les patrons et les assurés qui violent les prescriptions du décret-loi.

La plupart de ces dispositions pénales que le législateur édicte visent les patrons qui sont traités avec une exceptionnelle rigueur. C'est parce que, en matière d'assurance ouvrière, le législateur cherche à appliquer le principe d'après lequel toute contrainte pour être efficace, doit s'exercer sur le patron.

En ce qui concerne les assurés, ils peuvent être frappés d'une amende dans les cas suivants :

1° s'ils n'observent pas ou négligent les mesures de prévention prescrites par l'autorité ou par le règlement de travail ;

2° s'ils enlèvent, détériorent ou rendent illisibles les prescriptions, l'interdiction ou avis de préventions apposés dans les locaux de l'exploitation (art. 196) (1);

3° enfin, le dernier cas où l'assuré peut être frappé d'une amende est le cas où par simulation ou par tout autre procédé illicite il obtient un secours de la caisse d'assurance. L'amende peut atteindre dans ce cas 200 dinars (art. 168, n° 2).

Quant à la deuxième catégorie d'amendes, celles qui peuvent être infligées aux patrons, elles sont édictées d'abord comme sanctions des dispositions relatives à l'obligation des déclarations (2).

En deuxième lieu, les patrons peuvent être frappés d'une amende de 50 à 300 dinars et, en cas de récidive d'une amende qui peut atteindre 600 dinars, dans les cas suivants :

1° si le patron contribue au préjudice que cause à la caisse d'assurance un assuré par sa simulation ou par tout autre acte illicite ;

2° si le patron empêche les assurés occupés par lui

(1) L'amende dans ces deux cas est de 5 à 20 dinars. En cas d'amende, le patron est autorisé à retenir le montant de l'amende prononcée sur le salaire ou le traitement de l'assuré condamné et à en effectuer ensuite le versement à la caisse. Toutefois, la retenue ne doit pas dépasser le quart du montant de la paie.

(2) Ainsi le décret-loi déclare tout patron passible d'une amende de 20 à 100 dinars qui, lors de l'entrée au travail d'un assuré, lors d'une modification dans la situation du travail ou lors du départ de cet assuré, omet d'effectuer la déclaration ou ne l'effectue pas dans le délai légal et conformément aux prescriptions légales (art. 167).

De même, sont passibles de la même amende : le patron qui déclare le montant du salaire ou du traitement de l'assuré supérieur ou inférieur à la réalité, ainsi que le patron qui omet de déclarer ou ne déclare pas dans le délai légal et conformément aux prescriptions légales les modifications survenues dans la personne du propriétaire de l'exploitation assujettie à l'obligation de déclaration (art. 168, n° 1).

de s'acquitter des fonctions qui leur incombent comme assesseurs du tribunal arbitral ou comme membres de la caisse d'assurance ouvrière ;

3° si le patron ne satisfait pas aux prescriptions du décret-loi relatives à l'affichage des mesures de prévention et des interdictions (art. 169).

En troisième lieu le législateur édicte une amende de 50 à 400 dinars, laquelle, en cas de récidive, peut atteindre 800 dinars, contre :

1° le patron, qui conclut avec l'assuré qu'il occupe, une convention contraire aux dispositions du décret-loi et effectue des retenues illicites sur le salaire ou le traitement de l'assuré ;

2° le patron, qui ne tient pas des listes de salaire régulières ou ne les conserve pas jusqu'à la date prescrite ou qui, lors de la venue des agents envoyés soit par le Ministre de la Politique Sociale, soit par la caisse centrale et ses organes locaux, soit par les tribunaux arbitraux, soit, enfin, par l'inspecteur du travail, ne fournit pas les renseignements nécessaires, met obstacle à l'enquête sur les lieux ou refuse de laisser examiner les listes et les états règlementaires ;

3° le patron, qui ne satisfait pas aux dispositions du décret-loi relatives à la déclaration des accidents ou omet de faire appeler immédiatement, dès qu'il a eu connaissance de l'accident, un médecin auprès du blessé ;

4° le patron qui néglige de payer à l'échéance fixée les cotisations d'assurance ou les avances prévues par le décret-loi (art. 170).

En dernier lieu, le décret-loi contient une disposition pénale qui peut être appliquée aux patrons aussi bien qu'aux assurés. Elle vise le cas de violation des dispositions relatives au secret professionnel. L'article 171 édicte, en effet, une amende de 100 à 1000 dinars contre toute personne qui viole les dispositions du décret-loi (1) imposant la discrétion la plus rigoureuse quant au secret

(1) Art. 159.

de fabrication ou de gestion, ou qui imite indûment le procédé d'exploitation parvenu à sa connaissance. En outre, les poursuites intentées en vertu de cette disposition ne portent pas atteinte au droit à indemnité que la partie lésée peut exercer contre la personne poursuivie (1).

Les dispositions que nous venons de connaitre peuvent être appliquées non seulement au patron, mais encore à son fondé de pouvoirs, si sa responsabilité y est engagée. Mais si l'infraction est commise par le fondé de pouvoirs au su du patron, ce dernier doit être poursuivi également et les mesures pénales du décret-loi doivent lui être appliquées.

En ce qui concerne les établissements affectés au service public, les institutions possédant la personnalité morale et leurs entreprises, la responsabilité pénale pour violation des dispositions du décret-loi incombe au directeur, à l'administrateur et en général à toute personne placée en tête de l'organisation. Mais quel que soit le cas qui se présente, la responsabilité pécunaire encourue dans ce cas incombe exclusivement au patron.

C'est l'autorité de police qui prononce les amendes dans tous les cas que nous venons de voir. Le jugement rendu par l'autorité de police et portant sur une amende peut être attaqué par le condamné devant le tribunal

(1) Cette mesure de protection en faveur des fabricants et industriels s'explique facilement étant donné l'intensité de la concurrence non seulement nationale mais internationale, où chaque établissement pour maintenir son rang qu'il occupe et pour prendre une supériorité technique sur les établissements similaires, doit perfectionner sans cesse son outillage et chercher des nouveaux procédés au point de vue de la fabrication. Or, ces efforts risquent d'être illusoires si par suite d'une indiscrétion quelconque, ils soient divulgués et le législateur a du intervenir, imposant d'abord l'obligation de discrétion et appliquant ensuite une sanction en cas d'inobservation de cette obligation.

civil dans un délai de trois jours à compter de la notification du jugement.L'autorité de police doit transmettre le jugement et le dossier de l'affaire au tribunal civil dans les vingt-quatre heures de la réception de l'appel. Le tribunal statue est sa décision est définitive.

En dehors de ces amendes dont nous venons de parler, le décret-loi prévoit les amendes infligées aux organes autonomes de l'assurance et aux autres personnes, en général, responsables en matière d'application des dispositions du décret-loi ou des dispositions légales (art. 119 et 155).

Ces amendes sont prononcées par le Ministre de la Politique Sociale ou par le comité directeur de la caisse centrale.

L'amende infligée dans l'un de ces cas est recouvrée selon la procédure administrative comme l'impôt public.

CHAPITRE V

Règlement des contestations.

Les contestations qui peuvent surgir dans le fonctionnement de l'assurance sont nombreuses et diverses. Toutefois, elles peuvent être groupées d'après leur nature en cinq catégories :

1° les contestations entre les patrons et les assurés ;

2° les contestations entre les organes d'assurance et les patrons ;

3° les contestations entre les organes d'assurance eux-mêmes ;

4° les contestations entre les organes d'assurance et les assurés ou leurs ayants droit ;

5° les contestations entre les assurés ou les organes d'assurance d'une part, et les tiers, d'autre part.

Devant ce grand nombre de contestations et leur variété, le législateur s'est vu obligé de s'adresser aux autorités les plus diverses et de leur attribuer la compétence nécéssaire pour les résoudre. Les autorités ainsi invitées par le législateur et désignées comme compétentes en matière de contestations dans l'assurance ouvrière sont les suivantes :

1° les organes d'assurance ouvrière ;

2° les autorités de surveillance ;

3° les juridictions arbitrales ;

4° les tribunaux de droit commun.

Pour faire connaître la compétence de ces autorités et la manière dont elles agissent, nous allons successivement dans les quatre paragraphes suivants exposer les dispositions du décret-loi concernant ces questions.

§ 1. — *Compétence des organes d'Assurance ouvrière.*

a) Aux termes de l'art. 132 *les caisses d'assurance ouvrière de département* sont compétentes pour statuer sur les différends qui s'élèvent entre les assurés et les patrons au sujet du paiement des cotisations d'assurance.

Le législateur a estimé, en effet, juste et, nécéssaire d'attribuer la compétence en cette matière aux caisses d'assurance ouvrière de département parce que, étant donné le rôle d'organe local qu'elles jouent et d'autre part, le nombre important de conflits de cette nature, ces caisses sont seules capables de donner rapidement une solution équitable étant déja désignées par le législateur à exercer le contrôle et le recouvrement des cotisations.

La décision au nom de la caisse est rendue par son comité directeur et à cette occasion tous les actes et piéces sont exempts de timbre et aucun droit ne doit être perçu.

L'appel peut-être interjeté contre la décision ainsi rendue dans les huit jours qui suivent la notification de la décisision à l'intéressé. L'autorité à laquelle incombe la compétence dans ce cas est la caisse centrale.

b) D'une manière générale, *la caisse centrale* est toujours compétente pour statuer en deuxième instance sur les décisions rendues par les caisses d'assurance ouvrière de département. En dehors de ce cas, le législateur accorde à la caisse centrale le droit de statuer sur les contestations qui s'élèvent entre les patrons et les organes locaux de cette caisse et qui concernent le

remboursement des secours avancés par le patron quand l'assuré tombe malade à l'étranger. Elle statue également sur tous les autres contestations au sujet du paiement des parts contributives des patrons.

La décision est rendue par le comité directeur de la caisse centrale. Cette décision peut-être l'objet d'un appel devant le Ministre de la Politique Sociale, dans un délai de huit jours à compter de la notification de la décision, mais l'appel n'a pas d'effet suspensif.

c) *Les caisses d'assurance ouvrière d'entreprises de transport,* bien qu'elles jouent le rôle d'organes locaux de la caisse centrale, n'ont aucune compétence pour la solution des différends en matière d'assurance. Le législateur ne leur attribue pas la qualité d'établissements publics et leur refuse toute compétence pour statuer sur les contestations. Au cas où les contestations s'élèvent entre les assurés, membres de ces caisses et leurs patrons au sujet des cotisations d'assurance, c'est la caisse centrale qui statue.

§ 2. — *Compétence de l'autorité de surveillance.*

La surveillance en matière d'assurance ouvrière est exercée, comme nous allons le voir, par la caisse centrale, par les autorités industrielles et les inspecteurs du travail, ainsi que par le Ministre de la Politique Sociale. Mais parmi toutes ces autorités chargées de la surveillance, le législateur n'attribue le droit de statuer sur les contestations en matière d'assurance, qu'au Ministre de la Politique Sociale.

La compétence reconnue à cette autorité s'étend exclusivement aux contestations qui s'élèvent entre la caisse centrale et ses organes locaux dans l'exercice de leurs attributions respectives. A cet effet nous avons vu que le législateur reconnaît au Ministre de la Politique

Sociale le droit de prononcer les peines pécuniaires contre les organes des caisses d'assurance responsables.

Les mesures et les décisions que le Ministre de la Politique Sociale rend dans le domaine de sa compétence, ne sont susceptibles d'aucun recours.

§ 3. — *Compétence des juridictions arbitrales.*

Pour régler la question de la compétence dans les contestations qui s'élèvent entre les assurés ou leurs ayants droit d'une part, et la caisse centrale ou ses organes locaux de l'autre, au sujet des secours et indemnités à allouer en cas d'accident ou de maladie le législateur a du prendre des mesures particulières, car ces contestations présentent le plus grand intérêt pour les personnes en cause.

Le législateur qui a imposé aux organes de l'assurance à fixer et payer les secours et indemnités aux assurés et à leurs ayants droit, n'a pas voulu reconnaître la compétence à ces organes en cas de contestations, qui peuvent s'élever à ce sujet, évitant ainsi que l'organe de l'assurance, qui est la partie dans cette affaire, devienne le juge. Mais il n'a voulu non plus accorder cette compétence aux tribunaux de droit commun, déjà surchargés du travail qu'ils accomplissent dans l'exercice des leurs attributions normales. Dès lors, pour avoir une autorité qui statuera sur les contestations en question, le législateur a du instituer des juridictions arbitrales : *les tribunaux et la Cour de Cassation d'assurance ouvrière.*

Par leur organisation et fonctionnement, les juridictions arbitrales présentent des grands avantages, car à côté des hommes de loi qui y sont désignés et qui connaissent parfaitement les textes législatifs à appliquer, se trouvent les représentants des assurés et des patrons,

qui y participent connaissant bien les circonstances locales et la situation ouvrière et patronale et, par conséquent, peuvent apporter des éclaircissements tels que la décision ainsi rendue dans la collaboration de ces deux éléments, juridique et professionnel, soit la plus équitable.

D'autre part, par sa procédure simple et brève, ce qui est d'une importance capitale pour l'assuré blessé ou malade et ses ayants droit, les juridictions arbitrales présentent également un avantage non moins précieux que le précédent.

I. *Tribunaux arbitraux.* — La compétence de ces tribunaux s'étend, comme nous l'avons vu, exclusivement aux contestations entre les parties indiquées ci-dessus, au sujet des secours et des indemnités que les caisses d'assurance doivent allouer aux assurés et à leurs ayants droit conformément aux dispositions du décret-loi.

Le nombre de ces tribunaux correspond à celui des caisses d'assurance de département et le législateur prescrit qu'ils soient institués au siège de ces caisses.

Composition du tribunal arbitral. Le tribunal arbitral est composé d'un président, d'un (ou s'il y a lieu de plusieurs) vice-président, de vingt assesseurs au moins et de leurs suppléants en nombre égal (art. 134).

Le *président*, ainsi que le *vice-président*, sont nommés par le Ministre de la Justice, parmi les conseillers à la Cour d'Appel, ou parmi les juges des tribunaux civils, qui sont en fonctions au siège du tribunal arbitral. Ils sont nommés pour une durée de trois ans, mais leur mandat prend fin lorsque le conseiller ou le juge désigné est nommé pour un autre poste judiciaire ou s'il cesse de remplir des fonctions au siège du tribunal arbitral. Leurs honoraires sont fixés par l'ordonnance

du Ministre de la Justice, d'accord avec le Ministre de la Politique Sociale.

Les *assesseurs* et leurs *suppléants* sont élus pour trois ans parmi les délégués aux assemblées générales des organes locaux de la caisse centrale institués dans le ressort du tribunal arbitral. Chaque assemblée élit proportionnellement au nombre de ses membres les assesseurs dans des élections distinctes, dont une moitié doit être élue par les travailleurs assurés et choisie parmi eux, tandis que l'autre doit l'être par leurs patrons et dans les mêmes conditions, de telle sorte que les uns et les autres obtiennent des représentations égales.

Ne peut être élu assesseur qu'un citoyen de l'Etat des Serbes, Croates et Slovènes, connaissant la langue serbo-croate ou slovène, majeur, non pourvu d'un curateur ni failli, non condamné par un jugement ayant acquis force de chose jugée à la perte de ses fonctions ni à la suspension de l'exercice des droits politiques. En outre, ne sont pas éligibles, pour cause d'incompatibilité, les membres du comité-directeur et du conseil de surveillance de la caisse d'assurance ouvrière (art. 136).

S'il survient ou si l'on constate, ultérieurement à son élection, des faits qui rendent inéligible un assesseur élu, le législateur ordonne que l'assesseur visé soit relevé de ses fonctions par le président du tribunal arbitral. L'intéressé peut attaquer cette décision devant le Ministre de la Politique Sociale, mais le recours n'est pas suspensif.

Dans le cas de révocation d'un assesseur ou si l'assesseur quitte ses fonctions pour une autre cause pendant la durée de son mandat, le président du tribunal arbitral désigne, pour le remplacer, le premier sur la liste des suppléants.

Les fonctions des assesseurs sont purement honorifiques. Toutefois, le décret-loi leur accorde une indemnité pour perte de temps qui ne peut être refusée par eux. En outre, les assesseurs qui n'habitent pas au siège du tribunal ont le droit d'exiger le remboursement des frais de leur voyage. Le montant de l'indemnité et le tarif des frais de voyage sont fixés par une ordonnance du Ministre de la Politique Sociale, la caisse centrale entendue.

Les assesseurs, dans l'accomplissement de leurs fonctions sont assimilés aux fonctionnaires publics.

Fonctionnement du tribunal arbitral. Ce tribunal statue sur les contestations, qui sont dans le domaine de sa compétence, en présence de cinq membres, savoir : le président ou le vice-président, deux assesseurs patrons et deux assesseurs travailleurs assurés. En ce qui concerne le choix de ces assesseurs, le législateur impose au président l'obligation de convoquer d'abord les assesseurs représentant la branche de travail à laquelle appartient l'assuré malade ou blessé intéressé à l'affaire ; à défaut de ceux-ci, sont convoqués les représentants d'une branche similaire. En cas d'impossibilité de satisfaire à ces prescriptions, le président peut désigner les assesseurs suivant une liste, qui doit être dressée à cet effet d'avance, chaque année. Si le président déroge à ces dispositions, toute dérogation doit être motivée dans le procès-verbal de la séance, sous peine de cassation de la décision ainsi rendue.

Les quatre assesseurs convoqués, avant de prendre part aux débats, sont invités par le président à prêter le serment d'accomplir leurs fonctions sans partialité.

Pour être mieux renseigné sur l'affaire dont il s'occupe, le tribunal peut ordonner une enquête ou procé-

der à l'expertise,conformément aux dispositions du code de procédure civile (1).

Les témoins, s'il y en a, et les parties en cause sont convoqués par le tribunal huit jours au moins avant le jour fixé pour statuer sur l'affaire.

Le tribunal statuant sur un cas doit rendre une décision. Elle est rendue à huis clos et à la majorité simple et doit être prononcée immédiatement. Dans un délai de quinze jours à compter du prononcé, le tribunal doit délivrer aux parties en cause une expédition régulière de la décision (art. 142).

Si le tribunal statue sur le droit à des secours, à une rente ou à une indemnité, il doit déterminer également le montant et le début du service des secours, de l'indemnité, ou de la rente à allouer.

L'exécution de la décision rendue appartient au tribunal civil compétent.

En principe, les frais de la procédure devant le tribunal arbitral sont à la charge de la caisse centrale. Toutefois, dans le cas où le tribunal estime que le demandeur a occasionné les frais par malveilllance et par des procédés illicites, le tribunal peut le condamner au paiement de ces frais.

Contre les décisions rendues par le tribunal arbitral, le législateur prévoit le recours devant la Cour de Cassation d'assurance ouvrière.

(1) C'est ainsi que, lorsqu'il s'agit d'une incapacité de travail résultant d'une maladie ou d'un accident, de même qu'en cas d'accident mortel, le législateur oblige le tribunal à convoquer toujours les médecins pour donner les renseignements nécessaires au tribunal. A cet effet une liste des médecins est fixée par le président du tribunal, au début de chaque année. Cette désignation des médecins doit être effectuée autant que possible de manière à permettre au tribunal d'avoir à sa disposition les médecins pour plusieurs branches spéciales médicales. Au médecins convoqué comme expert il est permis de prendre connaissance de toutes les pièces de l'affaire. (art. 140).

II. *Cour de Cassation d'assurance ouvrière.* — Pour statuer sur les recours intentés contre les décisions des tribunaux arbitraux, le décret-loi dans son art. 148 prévoit la Cour de Cassation d'assurance ouvrière instituée au siège de la caisse centrale.

Composition. La Cour se compose d'un président, d'un minimum de quatre membres appartenant à l'ordre judiciaire, de quarante assesseurs et de vingt suppléants (art. 146).

Le président est nommé conformément aux dispositions de la loi sur l'organisation et les services de la Cour de Cassation et, par conséquent, lors de la nomination de ce président il faut veiller à ce qu'il remplisse les conditions nécessaires pour la nomination de conseiller à la Cour de Cassation (le rang et le traitement de cette charge lui étant reconnus de droit).

Les membres titulaires de la Cour de Cassation d'assurance ouvrière ont le rang et le traitement de conseillers à la Cour d'Appel. Ils sont nommés conformément aux dispositions de la loi sur l'organisation et les services de la Cour d'Appel.

En ce qui concerne *les assesseurs et leurs suppléants*, ils sont élus par l'assemblée générale de la caisse centrale et dans son sein, séparément par les patrons et par les travailleurs de manière que les uns et les autres aient des représentants en nombre égal et que les branches de travail soient représentées proportionnellement. Le mandat des assesseurs et de leurs suppléants a une durée de trois ans.

En outre, la Cour dispose encore du personnel auxiliaire, y compris deux greffiers, un archiviste et un certain nombre d'employés nécessaires à l'expédition des affaires courantes.

Fonctionnement de la Cour. La Cour de Cassation d'assurance ovrière est instituée, comme nous

l'avons vu, pour statuer sur les recours intentés contre les décisions des tribunaux arbitraux.

Ce recours doit être intenté par l'intermédiaire du tribunal qui a rendu la décision, dans les quinze jours qui suivent la livraison de l'expédition régulière de cette décision aux parties en cause. Le tribunal, après avoir constaté le recours intenté en temps utile, l'envoie avec le dossier de l'affaire à la Cour (art. 144 et 145).

Le recours a un effet suspensif quant à l'exécution de la décision attaquée. Toutefois, si l'inexécution de cette décision cause un préjudice grave et irréparable à la partie gagnante, le tribunal peut sur la demande de cette partie ordonner, suivant les circonstances, l'exécution totale ou patielle de la décision.

Sur le recours ainsi envoyé la Cour statue en présence de sept membres, savoir : le président, deux membres titulaires et quatre assesseurs (1). Les assesseurs comprennent deux délégués des patrons et deux des assurés, suivant le mode indiqué dans le fonctionnement des tribunaux arbitraux.

Après avoir examiné le recours, la Cour peut ou bien casser la décision rendue par le tribunal arbitral et renvoyer l'affaire devant le tribunal en question s'il existe une des causes prévues par le décret-loi comme entraînant la cassation, ou bien, elle peut débouter le demandeur par un arrêt motivé (2).

(1) Si le président est empêché de présider à l'audience, le premier inscrit sur la liste des membres titulaires doit le remplacer.

(2) Les causes qui entraînent la casastion sont visées expressément par le législateur. Aux termes de l'article 143 du décret-loi il n'y a point de cassation d'une décision rendue par le tribunal arbitral si ce n'est pour l'une des causes suivantes :

1° l'incompétence du tribunal arbitral ;

2° l'inobservation par le tribunal, au moment où il a statué sur l'affaire, des dispositions du décret-loi portant sur la convocation et la composition du tribunal arbitral ;

3° la participation au vote du président ou des personnes faisant

Si la Cour examinant le recours trouve qu'il est nécessaire de procéder à une instruction plus complète de l'affaire, l'instruction effectuée n'étant pas suffisante, la Cour avant de statuer sur le recours, peut ordonner le renvoi de l'affaire devant le tribunal pour le complément d'information.

Les arrêts rendus par la Cour sont définitifs et ne sont susceptibles d'aucun recours.

§ 4. — *Compétence des tribunaux de droit commun.*

Pour la solution des contestations qui peuvent s'élever soit entre un assuré ou ses ayants droit et les tiers, soit entre les organes d'assurance ouvrière et les tiers, le législateur désigne les tribunaux de droit commun comme compétents.

C'est ainsi, aux termes de l'art. 60 du décret loi que la caisse centrale, qui se substitue à un assuré possédant un droit à indemnité vis-à-vis d'un tiers, peut faire valoir ce droit jusqu'à concurrence du montant des secours alloués par elle à cet assuré ; l'action contre le tiers doit être alors exercée par la caisse selon la procédure ordinaire devant le tribunal civil.

C'est également le cas visé par les art. 53, 74 et 75 du décret-loi où le législateur reconnait le droit à la caisse

partie du tribunal lors du rendement de la décision, bien qu'elles n'aient pas été présentes pendant la durée des débats ;

4° la participation du président du tribunal ou des personnes faisant partie du tribunal à la décision rendue, alors qu'elles doivent s'abstenir de cette participation conformément aux dispositions du code de procédure civile en matière de récusation ;

5° l'exclusion de la publicité sans des raisons justifiées ;

6° l'incapacité d'une des parties en cause d'ester en justice ;

7° la fraude et, en général, tout acte illicite effectué dans le but d'empêcher la partie adverse d'ester en justice ;

8° la décision incomplète ou incompréhensible ou basée sur une fausse interprétation des textes légaux.

centrale d'exercer son action devant le tribunal civil compétent contre les tiers responsables d'un accident, qui ont causé à la caisse des dépenses pour l'allocation des secours à la victime ou à ses ayants-droit. Dans ce cas, comme dans le cas précédent, la caisse peut exercer ce droit dans un délai de trois ans à compter de la date de l'accident.

Toujours dans le même ordre d'idées, le législateur autorise les tribunaux de droit commun à statuer sur le recours intenté contre les mesures et les décisions rendues par le Ministre de la Politique Sociale au sujet des droits et des obligations des tiers, qui ont contracté une convention avec la caisse centrale et ses organes locaux ou pouvant invoquer d'autres titres du droit privé à l'égard de la caisse et de ses organes locaux (art.158).

Enfin et pour terminer sur cette question, le décret-loi contient une dispostion en vertu de laquelle les tribunaux arbitraux dans l'exercice de leurs attributions doivent se dessaisir au profit des tribunaux de droit commun toutes les fois qu'il s'agit de statuer sur une question relative aux liens de parenté entre l'assuré mort à la suite d'un accident et les personnes qui invoquent de ce chef un droit à indemnité.

CHAPITRE VI

Surveillance dans l'Assurance ouvrière

C'est un fait connu et commun en toutes matières : qu'il ne suffit pas d'édicter les textes législatifs sans se préoccuper en même temps des mesures nécessaires à l'application de ces textes. Ce fait doit être apprécié plus particulièrement lorsqu'il s'agit de l'assurance ouvrière.

En effet, notre législateur en instituant l'assurance ouvrière obligatoire contre la maladie et les accidents, a jugé que les intéressés ne peuvent pas être abandonnés à eux-mêmes en ce qui concerne la réalisation de cette assurance et qu'un contrôle doit être organisé à cet effet. Ce contrôle s'effectue, en premier lieu, au moyen des organes créés par le décret-loi ; en deuxième lieu, le législateur prend pour organes de surveillance ceux que des textes spéciaux préexistants au décret-loi avaient déjà institués (1).

Le premier groupe d'organes comprend : *la caisse centrale* et *le Ministre de la Politique Sociale ;* dans le deuxième groupe, les textes spéciaux ont créé : les *autorités industrielles* et les *inspecteurs du travail.*

(1) Loi du 1er juin 1883 en Slovénie et Dalmatie ; loi du 11 décembre 1893 en Batchka, Banat, Barania, Croatie et Slavonie ; ordon. du 9 avril 1908 en Bosnie et Herzégovine ; loi du 29 juin 1910 en Serbie.

Nous allons nous occuper successivement des organes créés par notre législateur, laissant de coté les organes du deuxième groupe, dont l'étude dépasse le cadre de notre travail.

§ 1. — *Caisse centrale en organe de surveillance.*

L'article 90 du décret-loi confie à là caisse centrale la mission d'exercer par ses propres organes la surveillance sur toutes les exploitations assujetties à l'obligation de l'assurance, afin de pouvoir veiller à l'exécution des prescriptions relatives à la prévention des accidents et à la protection de la vie et de la santé des travailleurs.

En effet, les accidents et les maladies des assurés représentent une charge pour la caisse centrale et celle-ci est intéressée au premier plan à ce qu'il s'en produise le moins possible. Par conséquent, il est très important pour la caisse centrale de faire respecter les dispositions prescrites dans le but de réduire le nombre des cas de maladie et d'accident.

A cet effet, la caisse est autorisée par le législateur (art. 15 § 2) :

1° à faire visiter les exploitations à toute époque;

2° à prendre connaissance des conditions dans lesquelles fonctionne l'exploitation.

En outre, si la caisse centrale trouve les dispositions en vigueur relatives à la protection de la vie et de la santé des travailleurs et à la prévention des accidents insuffisantes et inefficaces ou si elle a à ce sujet des propositions ou des avis de ses organes locaux ou de ses propres organes, elle peut donc dans tous ces cas :

1° prescrire, d'accord avec l'inspecteur du travail compétent, les mesures nouvelles pour compléter celles jus-

qu'alors en vigueur, dans toutes les exploitations appartenant aux particuliers ;

2° soumettre les propositions à cet égard, par l'intermédiaire du Ministre de la Politique Sociale, aux autorités compétentes en vue d'appliquer ces mesures dans les exploitations appartenant à l'Etat ;

3° insister par l'intermédiaire du Ministre de la Politique Sociale pour prescrire les mesures préventives et protectrices générales, afin de réduire le nombre des cas d'accident et de maladie (art. 91).

Une autre mission non moins importante que la précédente est confiée également à la caisse centrale. Aux termes de l'article 15 § 1 du décret-loi, la caisse peut :

1° consulter les livres de commerce et les listes de paie dans toutes les exploitations ;

2° exiger des renseignements sur les déclarations d'entrée et de sortie et sur le paiement des cotisations et des parts contributives du patron.

Au moyen de ces dispositions la caisse centrale peut controler les patrons et constater ainsi dans quelle mesure ils s'acquittent des obligations auxquelles ils sont soumis par le décret-loi.

Au cas où l'on constate la faute, l'abus ou la négligence du patron, la caisse doit appliquer des mesures répressives contre le patron responsable, en lui infligeant des peines pecuniaires.

En principe, les frais qui résultent de l'exercice de surveillance, sont à la charge de la caisse centrale, mais ils peuvent être mis à la charge du patron, si ce dernier ne satisfait pas, dans un délai fixé par la caisse, aux obligations qu'elle lui impose.

§ 2. — *Ministre de la Politique Sociale comme organe de surveillance.*

Nous avons déjà eu l'occasion de voir que le Ministre de la Politique Sociale est investi par le législateur du

droit de statuer sur certains différends, qui peuvent s'élever dans le fonctionnement de l'assurance. En effet, ce droit n'est qu'une partie des attributions reconnues à ce Ministre en sa qualité d'organe de surveillance, qualité qu'il exerce au nom de l'Etat ; par conséquent, en statuant dans ces différends, il ne fait qu'appliquer le droit que l'Etat se réserve à lui-même de contrôler l'organisation et la gestion de la caisse centrale et de ses organes locaux.

Cette ingérence de l'Etat doit être admise en cette matière non parce que les organes de l'assurance ouvrière sont incapables de prendre des mesures utiles, mais parce que ces mesures prises par eux ne sauraient être que d'une efficacité bien restreinte et d'une diversité extrême. D'autre part, le mode d'assurance étant imposé par l'Etat et le fait que l'Etat prend à sa charge la plupart des frais administratifs de l'assurance, doivent justifier ce contrôle.

Aux termes de l'article 151 du décret-loi le Ministre de la Politique Sociale exerce au nom de l'Etat la surveillance et le contrôle de la caisse centrale et de ses organes locaux. A cet effet, le Ministre peut, à toute époque par l'intermédiaire de ses organes, effectuer sur les lieux un examen approfondi et détaillé de la gestion administrative et financière de ces caisses, faire examiner leurs livres, les documents de comptabilité et la correspondance. En outre, il est autorisé à vérifier à l'improviste la situation des caisses, à exiger des arrêtés de comptes et des états relatifs aux affaires, aux assurés, aux malades, ainsi qu'à l'avoir des caisses.

Par ce procédé, le Ministre doit se rendre compte : dans quelle mesure les organes de l'assurance observent les dispositions légales et statutaires et s'ils remplissent les obligations qui leur incombent.

Pour suivre de près la gestion des caisses et pour se

rendre mieux compte de leur fonctionnement, le Ministre doit prendre connaissance de toutes les délibérations et de tous les votes des organes autonomes des caisses d'assurance.

A cet effet, le législateur impose à ces organes l'obligation de remettre au Ministre, dans les 14 jours qui suivent la séance, une expédition régulière de tout procès-verbal tenu à la séance de l'assemblée générale, du comité directeur et du conseil de surveillance de la caisse centrale et de ses organes locaux (art. 154).

Le Ministre ainsi tenu au courant peut :

1° infirmer toute décision ou mesure prise par ces organes, si elles sont contraires à la loi ou aux prescriptions et ordonnances en vigueur ;

2° se substituer aux organes autonomes de ces caisses en cas d'annulation de leur décision ou mesure, et prendre lui-même les mesures utiles en vue d'assurer l'application des dispositions légales et statutaires jusqu'à ce que les organes autonomes compétents y aient pourvu ;

3° édicter des peines pécuniaires, qui peuvent atteindre 600 dinars, contre les organes autonomes ou des personnes responsables en cas d'inobservation des prescriptions légales et statutaires (art. 155).

Toutefois, le Ministre est tenu de statuer sur les décisions de ces organes dans un délai de 14 jours à partir de leur réception. Passé ce délai, les décisions deviennent définitives.

En outre, le Ministre peut réclamer la convocation des organes autonomes de la caisse et même les convoquer d'office, s'il n'est pas donné suite à sa demande ; dans ce dernier cas, il peut prendre part aux débats par l'intermédiaire d'un délégué.

Le décret-loi prévoit certain cas où le Ministre peut relever de leurs fonctions les organes autonomes de la caisse et ordonner une nouvelle élection. Ces cas sont les suivants :

1° si ces organes sont constitués contrairement aux dispositions légales et statutaires ;

2° si, dans l'exercices de leurs attributions, ils agissent d'une manière illicite ou nuisible aux intérêts de l'assurance ouvrière.

Dans ces deux cas, en attendant la nouvelle élection, le Ministre peut se substituer à ces organes dans l'exercice de leurs attributions par l'intermédiaire de ses propres organes.

Ce même droit est reconnu au Ministre lorsque les patrons et les assurés n'effectuent pas l'élection des délégués à l'assemblée générale de la caisse ou lorsque ces derniers ne procèdent pas à l'élection des organes autonomes de la caisse ou des membres du tribunal arbitral.

Les mesures, décisions et ordonnances que le Ministre de la Politique Sociale rend dans le domaine de ses attributions défini par le décret-loi, ne sont susceptibles d'aucun recours, en tant qu'elles visent soit les droits et les obligations de la caisse centrale, de ses organes locaux et de leurs organes autonomes, soit les droits et les obligations des assurés et de leurs patrons.

CHAPITRE VII

Dispositions transitoires

Pour assurer la transition entre le régime abrogé par le décret-loi et le régime qui doit être mis en vigueur à partir du 1er juillet 1922, le législateur a dû consacrer quelques dispositions de ce texte à la solution des questions qui résultent de cette situation transitoire et qui se sont posées à lui d'elles-mêmes pour ainsi dire.

En effet, sous le régime qui vient d'être remplacé, l'assurance ouvrière, comme nous avons eu l'occasion de le voir, était déjà organisée dans une certaine partie de l'Etat serbo-croate-slovène. Cette assurance, qui avait ses organes et des ressources permettant de secourir les assurés, jouissait d'une vie assez intense. Ce régime devant disparaitre, pour faire place au régime institué par le décret-loi, il y a lieu de se demander : Quelle sera la situation de ces organes dans le nouveau régime de l'assurance ? Quel sort réserve-t-on aux assurés déjà bénéficiaires de certaines rentes et secours ? Quelles sont, en général, les mesures du législateur prises en vue d'assurer l'introduction de ce nouveau régime ?

I — En ce qui concerne les organes d'assurance créés sous l'ancien régime, bien qu'ils doivent être dissous pour faire place à des organes prévus par le

décret-loi, ce texte dans son article 175 les maintient provisoirement et les charge en outre des attributions et du rôle qu'il a prévus pour les organes locaux de la caisse centrale.

Le décret-loi, par conséquent, autorise les organes préexistants à continuer leur gestion même après sa mise en vigueur. Toutefois, ce maintien n'est accordé qu'à condition de se conformer dans leur gestion, à partir du 1er juillet 1922, aux prescriptions du décret-loi et de constituer leurs organes autonomes également en conformité avec ces prescriptions. En outre, ce maintien n'est que provisoire, car le jour où le comité directeur de la caisse centrale établit ses organes locaux, les organes de l'ancien régime doivent liquider les affaires dont ils s'occupaient jusqu'ici et doivent cesser de fonctionner.

La liquidation dans ce cas doit s'effectuer dans les conditions et suivant le mode déterminés par la caisse centrale ou selon le cas, par l'autorité désignée par le Ministre de la Politique Sociale (art. 175 § 4).

Toutefois, lors de la liquidation de ces organes, le législateur impose quelques règles qui doivent être observées par la caisse centrale ou l'autorité qui y procède. Ces règles concernent exclusivement l'avoir des organes dissous, qui reste après le paiement de leurs dettes.

Aux termes de l'art. 175 § 5 ce reliquat doit être remis à la caisse centrale, qui doit le gérer sans qu'il y ait lieu de distinguer entre les biens mobiliers et immobiliers. Seulement en ce qui concerne plus particulièrement ces derniers, le décret-loi prévoit que la caisse centrale est autorisée à demander l'inscription en son nom de tout avoir immobilier sur les registres fonciers.

La gestion est confiée, comme nous avons dit, à la caisse centrale. Mais quant à l'emploi de ce reliquat, la caisse n'est pas libre.

En effet, le législateur impose à la caisse l'obligation de tenir les livres séparément pour chaque branche d'assurance et pour chaque pays. C'est parce que il a voulu que le reliquat soit employé de façon qui corresponde le mieux à l'objet de l'ancienne caisse. A cet effet, il impose à la caisse centrale des dispositions en vertu desquelles le reliquat provenant des organes dissous d'assurance contre la maladie ne peut être affecté qu'à l'objet de l'assurance-maladie fixé par le décret-loi et sur le territoire du pays auquel appartiennent les organes en question. Quant au reliquat provenant de la liquidation des organes d'assurance contre les accidents, il doit servir exclusivement au paiement des rentes et des secours en cas d'accidents survenus avant le 30 juin 1922.

La caisse centrale peut se charger également de la gestion des fondations qui ont été confiées à la caisse dissoute, ainsi que de certains biens qui appartiennent en propre aux corporations, associations ou particuliers et qui étaient confiés à la caisse antérieurement à sa dissolution.

Mais pour que la caisse centrale puisse se charger de la gestion dans ces deux cas, le législateur exige que les personnes intéressées y consentent et que la caisse centrale se propose le même but que la caisse dissoute.

II. En ce qui concerne les assurés, bénéficiaires des secours en cas de maladie ou d'accident au moment de la mise en vigueur du décret-loi, le législateur laisse intacts les droits qu'ils possèdent à cet égard. Ils peuvent, par conséquent, continuer à recevoir ces secours comme prècédemment. De même, les travailleurs qui ont fait partie des caisses d'assurance ouvrière et comme tels subissent un préjudice par suite d'une maladie ou d'un accident survenus au plus tard le 30 juin 1922, conservent le droit à réparation dans les limites et

conditions conformes aux dispositions qui ont régi l'assurance ouvrière à cette époque.

Cette manière d'agir du législateur se trouve en conformité complète avec les dispositions du décret-loi, qui régissent le reliquat des caisses dissoutes. En effet, comme nous l'avons vu, le reliquat de ces caisses devait être après leur dissolution affecté exclusivement à l'objet de l'assurance et aux assurés de l'ancienne caisse ; le législateur, en reconnaissant l'intégralité de leurs droits aux anciens bénéficiaires des secours, ainsi qu'aux assurés membres des caisses dissoutes, n'a fait que souligner l'importance qu'il attache au bon emploi de ce reliquat.

Seulement, il peut se faire que le reliquat soit insuffisant pour faire face aux dépenses qui résultent de la continuation du service des secours, surtout dans l'assurance contre les accidents, où par suite de l'allocation des rentes les ressources doivent être des plus abondantes. Pour remédier à cette éventualité, le législateur prévoit les subsides qui doivent venir en aide au reliquat et lui permettre de satisfaire des intéressés.

Ces moyens subsidiaires proviennent d'abord d'une subvention de l'Etat, en tant qu'il l'a inscrite au budget pour couvrir le paiement des rentes anciennes ; ensuite, en cas de besoin, une contribution spéciale peut être perçue dans les circonscriptions des caisses dissoutes. La perception de la contribution, ainsi que l'aide financière de l'Etat, sont d'autant plus facile à effectuer que le législateur a prescrit à la caisse centrale, comme nous l'avons vu, la gestion distincte pour chaque branche d'assurance, et pour chaque pays.

En dehors des travailleurs, qui, dans les pays où l'assurance contre les accidents était organisée, ont fait partie de ses organes et ont pu par suite bénéficier des secours en cas d'accident, le législateur s'est préoccupé

des travailleurs victimes d'un accident, qui ne possédaient aucun droit à ces secours, parce que dans leur pays l'assurance contre les accidents n'avait pas été organisée ou, dans le cas contraire, le texte législatif n'avait pas été appliqué. Les travailleurs de cette catégorie sont, comme nous avons eu l'occasion de le voir, ceux qui se trouvent en Bosnie et en Herzégovine, au Monténégro et en Serbie.

Le législateur trouve que ces travailleurs, victime d'un accident à la suite duquel leur capacité de travail est réduite, doivent être secourus au moment où il se charge d'étendre l'assurance à toute la classe ouvrière et à tous les pays de l'Etat. Il pense également qu'il est juste de secourir aussi les proches des travailleurs victimes d'un accident mortel, à la suite duquel ces personnes se sont trouvées sans leur soutien principal. Aussi le législateur prescrit dans l'article 177 du décret-loi que les travailleurs de cette catégorie et leurs proches peuvent, sous la forme d'une rente, obtenir la réparation du dommage résultant d'un accident.

Toutefois, ce droit n'est reconnu qu'au profit de certaines catégories de travailleurs, à savoir, ceux qui étaient régis par la loi serbe du 29 juin 1910. D'autre part, les travailleurs visés ne peuvent obtenir les secours que s'ils sont victimes d'un accident du travail survenu après le 1er juillet 1911 (1) et à la suite duquel leur capacité de travail est réduite de plus de 33 1/3 %. Si l'accident a entraîné la mort d'un travailleur, les proches de ce dernier ont le droit d'être secourus (2).

La rente sera allouée par la caisse centrale à partir

(1) Date où la loi du 29 juin 1910 fut mise en vigueur.

(2) Ce droit n'est pas reconnu aux victimes d'accidents survenus par suite de guerre, ni aux victimes qui sont déjà bénéficiaires d'une rente allouée par une compagnie d'assurance ou par un fonds et dont le montant est égal au moins à la rente prévue par le législateur dans le cas dont nous parlons.

du 1^er^ juillet 1922 et son montant s'élève aux deux tiers de la rente que prévoit le décret-loi dans le régime qu'il établit. La rente est calculée d'après le salaire moyen annuel de la victime au moment de l'accident. Ce montant peut être augmenté par l'allocation temporaire de l'indemnité de vie chère, que le législateur prévoit au profit des personnes secourues suivant l'article 177. Toutefois, cette indemnité n'est allouée qu'en tant qu'elle est de nécessité absolue pour la subsistance de ces personnes et si la rente ainsi majorée ne dépasse pas les deux tiers de la rente fixée dans le nouveau régime de l'assurance.

Ces rentes ne seront allouées qu'en vertu de la déclaration faite par l'intéressé auprès de la caisse centrale au plus tard le 31 décembre 1922. La déclaration doit être accompagnée des pièces et documents pouvant prouver que la mort ou l'incapacité de travail proviennent d'un accident survenu dans les conditions indiquées, ainsi que d'une attestation du patron concernant le salaire de la victime au moment de l'accident.

III. D'après ce qui précède nous voyons que le législateur charge la caisse centrale d'effectuer la liquidation des caisses de l'ancien régime et de fournir les secours aux assurés et aux personnes qui peuvent prétendre à ces secours. Mais, avant tout il a dû se préoccuper de la question concernant la création de la caisse centrale elle-même.

Dans ce but le législateur prend des mesures suivantes :

a) Il impose à la caisse nationale d'assurance ouvrière, ayant son siège à Zagreb, l'obligation de prendre à sa charge à partir du 1^er^ juillet 1922 tous les droits et obligations de la caisse centrale conformément aux dispositions du décret-loi et de transférer son siège à Belgrade. En outre, afin de créer les organes autonomes de la caisse cen-

trale ainsi constituée, qui pourront mettre en marche cette caisse, le législateur autorise le Ministre de la Politique Sociale à nommer les membres du comité-directeur et du conseil de surveillance. Ces premiers organes de la caisse centrale seront composés de douze patrons et de douze travailleurs soumis à l'obligation de l'assurance, pour le comité-directeur, de cinq patrons et de cinq travailleurs assujettis à l'assurance obligatoire, pour le conseil de surveillance.

Le comité-directeur ainsi créé, aura pour mission :

1° de dresser les statuts de la caisse centrale et de les soumettre à l'homologation du Ministre de la Politique Sociale ;

2° d'instituer les organes locaux de la caisse centrale conformément aux dispositions du décret-loi ;

3° d'assurer la gestion de la caisse centrale jusqu'à la première réunion de l'assemblée générale, qui doit être convoquée dans la première moitié de l'année 1923 au plus tard.

b) Afin de permettre à la caisse centrale de commencer ses opérations et son fonctionnement, le législateur impose au Ministre des Finances l'obligation de mettre à la disposition de la caisse centrale une avance suffisante. La caisse doit rendre cette avance au Ministre dans un délai de deux ans.

CONCLUSION

Si nous jetons maintenant un regard d'ensemble sur le décret-loi du 27 juin 1921 et si nous cherchons à déterminer dans quelle mesure il a répondu à la nécessité pour l'Etat serbo-croate-slovène de n'avoir qu'un seul régime dans l'assurance contre la maladie et les accidents, nous sommes amenés à conclure que le décret-loi a réalisé cette unification d'une manière satisfaisante.

Ayant pour base la loi du 6 avril 1907, heureusement complétée par des dispositions d'autres textes législatifs et des dispositions nouvellement créées, le décret-loi réalise cette unification par la fusion de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents pour aboutir à une organisation, une gestion, une juridiction commune, dans un cadre unique de circonscriptions territoriales.

En effet, l'organisation de l'assurance très compliquée dans l'ancien régime, se trouve simplifiée par le décret-loi, qui à cet égard ne prévoit qu'un seul organe principal, la caisse centrale d'assurance ouvrière, dont les organes locaux sont régis par des dispositions uniformes.

De même, nous avons vu que le décret-loi a supprimé toute la diversité qui existait dans la gestion de l'assurance sous l'ancien régime. Grâce au décret-loi, l'assurance n'aura à appliquer que des mesures uniformes, qu'il s'agisse d'allouer des secours aux assurés, de recouvrer les ressources ou de statuer sur une question quelconque du domaine de ses attributions.

Un résultat non moins heureux est obtenu dans la

juridiction de l'assurance. Par la création de la Cour de Cassation d'assurance ouvrière, unique pour tout le territoire de l'Etat, on trouvera le moyen de réformer les décisions erronées des tribunaux arbitraux et de réaliser ainsi l'unité de jurisprudence dans cette matière.

Enfin, en étendant l'obligation de l'assurance à tous les travailleurs, sous la forme du groupement territorial, le décret-loi resserre les liens de solidarité qui doivent exister entre les patrons et les travailleurs et répond mieux à l'idée que l'on se forme d'une assurance générale.

Il resserre ces liens pârce que, en donnant aux travailleurs l'occasion de se trouver en contact direct avec les patrons dans la gestion de la caisse d'assurance, il dissipe ainsi les inquiétudes et les soupçons qu'inspire aux premiers une administration patronale échapant à tout contrôle des travailleurs ; il répond mieux à la conception que l'on a d'une assurance générale, car il admet dans l'assurance toute personne habitant et travaillant dans une certaine circonscription, quelle que soit sa profession.

Il semble donc bien que la mise en pratique du nouveau régime dans l'assurance ouvrière contre la maladie et les accidents doive donner des résultats satisfaisants.

Cependant, l'un des principaux reproches que l'on puisse faire à ce nouveau régime, c'est l'ingérence exagérée de l'Etat dans le fonctionnement de l'assurance, ingérence qu'il exerce par l'intermédiaire du Ministre de la Politique Sociale et de ses organes.

Le décret-loi confère, en effet, à ce Ministre un droit, pour ainsi dire, illimité dans l'exercice du contrôle de l'assurance. C'est lui, comme nous l'avons vu, qui statue dans la formation des organes d'assurance, qui vérifie leur gestion, qui tranche les contestations pouvant s'élever entre ces organes ; en un mot, c'est lui qui possède

le droit d'intervenir dans toutes les questions importantes, de sorte qu'il rend dans tous ces cas la décision en dernier ressort.

Bien qu'il paraisse difficile d'invoquer en faveur de cette ingérence démesurée de l'Etat une raison d'utilité, il est certain qu'elle devait être au début admise dans l'assurance ouvrière, car les circonstances exigent du nouvel Etat, en cette matière comme en bien d'autres, une centralisation bien accentuée, afin de concentrer des forces disséminées, de diminuer les frais d'administration et de créer une charpente plus solide.

Quoi qu'il en soit, par le décret-loi du 27 juin 1921 le législateur nous a donné un gage de sa future activité et nous laisse espérer qu'il poursuivra son œuvre dans la voie des réformes sociales (dans l'assurance ouvrière, plus particulièrement, où son intervention est nécessaire pour apporter les solutions désirables dans les autres branches d'assurance), contribuant ainsi à la pacification sociale et à une entente durable entre le Travail et le Capital. Dans quelle mesure s'acquittera-t-il de cette charge, l'avenir nous le dira.

Vu : Le Président de thèse,
Aix, le 3 juin 1922
B. RAYNAUD.

Vu : Le Doyen,
Aix, le 5 juin 1922
F. MOREAU.

Vu et permis d'imprimer : Le Recteur,
Aix, le 7 juin 1922
J. PAYOT.

BIBLIOGRAPHIE

Bellom : Les lois d'assurance ouvrière à l'étranger. Paris 1892-1909.

Bulletin de l'Office International du Travail. Paris 1902-1918.

Code civil monténégrin. Céttigné 1888.

Journal officiel du Royaume de Serbie. Belgrade 1910.

Journal officiel du Royaume des Serbes, Croates et Slovènes. Belgrade 1921.

Réforme Sociale, organe du Ministère de la Politique Sociale. Belgrade 1921.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

INTRODUCTION 5

PREMIÈRE PARTIE

RÉGIME ANTÉRIEUR AU DÉCRET-LOI DU 27 JUIN 1921 10

CHAPITRE PREMIER 11

ASSURANCE OUVRIÈRE EN DALMATIE ET SLOVÈNIE

SECTION I : *Assurance contre les accidents* 11

§ 1 *Domaine d'application de l'assurance* 12

§ 2 *Objet de l'assurance* 18

§ 3 *Organes de l'assurance* 25

§ 4 *Ressources de l'assurance* 29

§ 5 *Règlement des contestations* 32

SECTION II : *Assurance contre la maladie* 34

§ 1 *Domaine d'application de l'assurance* 35

§ 2 *Objet de l'assurance* 38

§ 3 *Organes de l'assurance* 43

§ 4 *Ressources de l'assurance* 49

§ 5 *Règlement des contestations* 53

CHAPITRE II 55

ASSURANCE OUVRIÈRE EN BATCHKA, BANAT, BARANIA, CROATIE ET SLOVÈNIE

§ 1 *Domaine d'application de l'assurance* 56

§ 2 *Objet de l'assurance* 64

§ 3 *Organes de l'assurance* 73

§ 4 *Ressources de l'assurance* 82

§ 5 *Règlement des contestations* 90

CHAPITRE III 95

ASSURANCE OUVRIÈRE EN BOSNIE ET HERZÉGOVINE

§ 1 *Domaine d'application de l'assurance* 96

§ 2 *Objet de l'assurance* 97

§ 3 *Organes de l'assurance* 99

§ 4 *Ressources de l'assurance* 102

§ 5 *Règlement des contestations* 104

PAGES

CHAPITRE IV 106
ASSURANCE OUVRIÈRE EN SERBIE
§ 1 *Domaine d'application de l'assurance* 110
§ 2 *Objet de l'assurance* 111
§ 3 *Organes de l'assurance* 113
§ 4 *Ressources de l'assurance* 115
§ 5 *Règlement des contestations* 116
CHAPITRE V 118
ASSURANCE OUVRIÈRE AU MONTÉNÉGRO

DEUXIÈME PARTIE
RÉGIME INSTITUÉ PAR LE DÉCRET-LOI DU 27 JUIN 1921

CHAPITRE I 123
DOMAINE D'APPLICATION DE L'ASSURANCE
§ 1 *Personnes soumises à l'assurance* 124
§ 2 *Personnes assurées volontairement* 130
§ 3 *Personnes exemptées ou dispensées de l'assurance* 132
CHAPITRE II 137
OBJET DE L'ASSURANCE
§ 1 *Assurance contre la maladie* 138
§ 2 *Assurance maternelle* 147
§ 3 *Assurance familiale* 150
§ 4 *Assurance contre les accidents* 156
CHAPITRE III 173
ORGANES DE L'ASSURANCE
§ 1 *Caisse centrale d'assurance ouvrière* 175
§ 2 *Caisses d'assurance ouvrière de département* . . 183
§ 3 *Caisses d'assurance ouvrière d'entreprises de transport* 189
CHAPITRE IV 192
RESSOURCES DE L'ASSURANCE
§ 1 *Cotisations des assurés* 197
§ 2 *Parts contributives des patrons* 207
§ 3 *Subvention de l'Etat* 209
§ 4 *Amendes* 210
CHAPITRE V 215
RÈGLEMENT DES CONTESTATIONS
§ 1 *Compétence des organes d'assurance ouvrière* . . 216
§ 2 *Compétence de l'autorité de surveillance* 217
§ 3 *Compétence des juridictions arbitrales* 218
§ 4 *Compétence des tribunaux de droit commun* . . 225

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

CHAPITRE VI 227
Surveillance dans l'assurance ouvrière
§ 1 *Caisse centrale comme organe de surveillance* . 228
§ 2 *Ministre de la Politique Sociale comme organe de surveillance* 229
CHAPITRE VII 233
Dispositions transitoires
CONCLUSION 240
BIBLIOGRAPHIE 243